



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**ESTUDO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM NOS LARES DA REGIÃO NORTE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Doutor em Enfermagem - especialidade de Enfermagem Avançada

por

Maria Manuela Pereira Machado

Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Outubro 2015



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**ESTUDO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM NOS LARES DA REGIÃO NORTE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Doutor em Enfermagem - especialidade de Enfermagem Avançada

por

Maria Manuela Pereira Machado

Sob a orientação da Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Outubro 2015

Machado, Maria Manuela

Estudo das Necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Lares da Região Norte.  
Porto: Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. 2015.

**ISBN: 978-989-20-6884-8**

Tese de Doutoramento – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Orientadora: Professora Doutora Margarida Vieira

Palavras-chave: Pessoas Idosas; Lares; Cuidados de Enfermagem

## **Agradecimentos**

Agradecemos a todos os que contribuíram para a concretização deste estudo, em primeiro lugar as pessoas idosas, que se disponibilizaram a participar, partilhando o seu conhecimento e experiência de vida. Esperamos retribuir, contribuindo para que sejam mais felizes, pela melhoria da sua saúde e bem-estar na última etapa do ciclo de vida.

Aos responsáveis das instituições que aceitaram participar, pela disponibilidade e amabilidade com que nos receberam e por abrirem as portas da instituição, sem receio de expor as suas dificuldades e fragilidades demonstrando genuíno interesse e preocupação com a saúde e bem-estar dos seus residentes. Estas instituições e os seus funcionários são a verdadeira e frequentemente a única família das pessoas idosas que estão ao seu cuidado. Fazem o melhor que podem e sabem num quadro de constrangimentos, agravado pela crise socioeconómica atual, sendo o melhor retrato dos cuidados prestados às pessoas idosas residentes em lares. Esperamos que este estudo, que só foi possível graças à sua participação, contribuía, numa perspetiva de melhoria contínua, para o seu objetivo de prestar aos seus idosos/residentes os melhores cuidados.

À professora Margarida Vieira pelo desafio que nos lançou para a concretização deste estudo, difícil pela carga emocional e de trabalho para uma pessoa só, mas muito necessário e que nos proporcionou experiências que nos tocaram e transformaram profundamente, tornando visíveis os cuidados que enquanto sociedade, serviços e profissionais de saúde, (não) asseguramos aos nossos idosos, a quem devemos o que somos e conquistamos. A sua sábia orientação, a aprendizagem que nos proporcionou, a partilha da sua experiência e incentivo ao longo de todo o percurso, foram essenciais.

À doutora Sofia Almeida pelo apoio no tratamento dos dados, pela disponibilidade e pelas palavras de confiança e encorajamento.

À Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, por ter proporcionado as condições indispensáveis para o desenvolvimento do estudo e a todos os colegas que na nossa ausência asseguraram as exigências e obrigações profissionais, em especial ao Fernando e aos que nos são mais próximos, pela amizade e presença ao longo de todo o percurso e nos momentos mais difíceis.

À minha família, particularmente aos meus filhos e ao Filipe pelo apoio incondicional, por tudo...

## Resumo

No contexto sociodemográfico atual, o envelhecimento da população apresenta-se como um fenómeno único com uma dimensão global. Ao envelhecimento está associado um aumento das doenças crónicas e incapacitantes. Envelhecer, mantendo a saúde, a autonomia e a independência é um desafio à responsabilidade individual e coletiva. A estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas tem-se alterado nos últimos anos, observando-se um aumento das famílias unipessoais e novas formas familiares, menos compatíveis com a assistência às pessoas idosas. Os lares são a resposta social para pessoas idosas, com maior procura e maior taxa de ocupação. O ingresso no lar está relacionado com a incapacidade da pessoa idosa para gerir as suas atividades de vida diária quando simultaneamente, a família não tem possibilidade de garantir o apoio necessário, ou as necessidades se tornam demasiado complexas, exigindo um cuidar profissional.

Este estudo com uma amostra representativa da população, de 1131 pessoas idosas residentes em 12 lares da região Norte teve como finalidade caracterizar a sua condição de saúde e identificar as suas necessidades em cuidados de enfermagem.

As pessoas idosas residentes em lares são maioritariamente muito idosas, do sexo feminino, dependentes em pelo menos um domínio do autocuidado, com múltiplas doenças crónicas, um regime medicamentoso complexo, vários antecedentes clínicos relevantes e com compromisso e/ou risco de compromisso de vários processos corporais. Das necessidades em cuidados de enfermagem identificadas destacam-se: a higiene e saúde oral; a promoção da continência urinária; a supervisão e vigilância das refeições dos residentes com deglutição comprometida; o sistema de preparação, administração e vigilância da medicação; a promoção da autonomia no autocuidado; os cuidados às pessoas idosas com alteração do estado mental e cognitivo; os cuidados aos acamados; e a adequação da oferta relativa aos hábitos de exercício e lazer, numa perspetiva de envelhecimento ativo e promoção da saúde.

O nível de dependência no autocuidado, das pessoas idosas residentes em lares aumenta com a idade a alteração do estado cognitivo e mental e diminui com o aumento da satisfação global. Maior nível de dependência no autocuidado representa para a pessoa idosa maior risco de compromisso dos processos corporais e necessidade de maior intensidade de cuidados.

Os enfermeiros, os decisores políticos, os responsáveis das instituições, e as famílias dispõem agora de conhecimento empírico para dar suporte às decisões relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem nos lares de idosos.

## **Abstract**

In the current socio-demographic context, the aging population is a single phenomenon with a global dimension. Aging is associated with a rise in chronic and disabling diseases. Age, maintaining health, autonomy and independence is a challenge to individual and collective responsibility. The structure, composition and size of Portuguese families has changed in recent years, noting an increase in single-person families and new family forms less compatible with the care for the elderly. Nursing homes are the societal response to older people with greater demand and higher occupancy rate. The entrance to a nursing home is related to the Older People's inability to manage their daily living activities while the family is unable to secure the necessary support, or the needs become too complex, requiring professional care.

This study with a population representative sample of 1131 elderly residents in 12 nursing homes in the North of Portugal has the purpose of characterize their health condition and identify their needs in nursing care.

The older persons living in nursing homes are mostly very old, female, dependents on at least one self-care domain with multiple chronic diseases, a complex medication regimen, several relevant medical history and commitment or risk of commitment of various bodily processes. Needs for nursing care include: oral healthy and hygiene; promoting urinary continence; supervision and monitoring of meals for residents with impaired swallowing; the preparation, administration and medication monitoring system; the promotion of independence in self-care; care to the elderly with altered mental and cognitive state; care for the bedridden elderly; and adaptation of the nursing homes exercise and leisure offer, on the perspective of an active aging and health promotion.

The level of self-care dependence of older people living in nursing homes increases with age and impairment of the cognitive and mental state and decreases with increasing overall satisfaction. Higher dependence level on self-care means greater risk of body processes compromise for the older persons and the need for more intense care.

Nurses, policy makers, the direction of the Institutions, and families now have empirical knowledge to support decisions related to the provision of nursing care in nursing homes.

## **Siglas e Acrónimos**

<b>AC</b>	- Autocuidado
<b>ACP</b>	- Análise de componentes principais
<b>ADI</b>	- Apoio domiciliário integrado
<b>AFI</b>	- Acolhimento familiar de idosos
<b>AVC</b>	- Acidente vascular cerebral
<b>AVD</b>	- Atividades de vida diárias
<b>CIF</b>	- Classificação internacional de funcionalidade Incapacidade e saúde
<b>CIPE</b>	- Classificação internacional para a prática de enfermagem
<b>CN</b>	- Centro de noite
<b>DGS</b>	- Escala de depressão geriátrica (Depression Geriatric Scale)
<b>DPOC</b>	- Doença Pulmonar obstrutiva crónica
<b>ECG</b>	- Escala de Coma de Glasgow
<b>ERPI</b>	- Estrutura residencial para pessoas idosas
<b>EVA</b>	- Escala Visual Analógica
<b>GERMI</b>	- Núcleo de estudos de geriatria da sociedade Portuguesa de Medicina Interna
<b>HTA</b>	- Hipertensão arterial
<b>ICN</b>	- Internacional Council of Nurses
<b>INE</b>	- Instituto Nacional de Estatística
<b>IRC</b>	- Insuficiência Renal crónica
<b>MMSE</b>	- Mini Mental State Examination
<b>MRC</b>	- Medical Research Council
<b>MRCdQ</b>	- Questionário de dispneia do Medical Research Council
<b>OE</b>	- Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	- Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	- Organização das Nações Unidas
<b>PA</b>	- Produtos de apoio
<b>PAII</b>	- Programa de Apoio Integrado a Idosos
<b>PI</b>	- Pessoas idosas

<b>PTA</b>	- Prótese total da anca
<b>PTJ</b>	- Prótese total do joelho
<b>RM</b>	- Regime medicamentoso
<b>RNCCI</b>	- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>RSES</b>	- Rede de serviços e equipamentos sociais
<b>SAD</b>	- Serviço de apoio domiciliário
<b>SAS</b>	- Escala de avaliação espiritual (Spiritual Assessment Scale)
<b>SPSS</b>	- Statistical Package for the Social Sciences
<b>SU</b>	- Serviço de Urgência
<b>UP</b>	- Úlcera por Pressão



# Índice

Pag.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
-------------------------	-----------

<b>PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>31</b>
--	-----------

<b>1 - O ENVELHECIMENTO E A CONDIÇÃO DE SER IDOSO .....</b>	<b>33</b>
---	-----------

1.1 - O ENVELHECIMENTO SOCIODEMOGRÁFICO .....	34
---	----

1.2 - A PESSOA IDOSA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	36
---	----

1.3 - POLÍTICAS E RESPOSTAS SOCIAIS E DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA .....	39
--	----

1.4 - QUANDO O LAR É A SOLUÇÃO .....	43
--------------------------------------	----

1.5 - OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS LARES DE IDOSOS .....	46
---	----

<b>2 - O AUTOCUIDADO COMO RECURSO DE SAÚDE PARA AS PESSOAS IDOSAS .....</b>	<b>53</b>
---	-----------

2.1 - ESTILOS DE AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS .....	56
---	----

2.2 - TEORIA DO AUTOCUIDADO .....	59
-----------------------------------	----

<b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b>	<b>65</b>
---	-----------

<b>1 - OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>67</b>
--------------------------------------	-----------

<b>2 - MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>69</b>
------------------------------------	-----------

2.1 - TIPO DE ESTUDO .....	69
----------------------------	----

2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO .....	70
--------------------------------	----

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	70
---------------------------------	----

2.4 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS .....	73
---	----

2.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	78
----------------------------------	----

<b>3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>191</b>
<b>5 - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>215</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>233</b>

<b>Anexo I</b>	- Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura
<b>Anexo II</b>	- Lista dos maiores lares de cada concelho por distrito
<b>Anexo III</b>	- Formulário de caracterização do lar
<b>Anexo IV</b>	- Formulário de avaliação da condição de saúde da pessoa idosa
<b>Anexo V</b>	- Escalas de uso clínico
<b>Anexo VI</b>	- Operacionalização das variáveis do Formulário de avaliação da condição de saúde da pessoa idosa
<b>Anexo VII</b>	- Modelo dos pedidos de autorização para a realização do estudo
<b>Anexo VIII</b>	- Utilização de produtos de apoio por domínio de autocuidado
<b>Anexo IX</b>	- Recodificação da variável incentivo para o autocuidado
<b>Anexo X</b>	- Caracterização dos lares

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 - Número e tamanhos de <i>cluster</i> (3).....</b>	<b>155</b>
<b>Figura 2 - Estrutura do Modelo de <i>clusters</i> (3).....</b>	<b>156</b>
<b>Figura 3 - Caraterização do <i>cluster</i> 1.....</b>	<b>156</b>
<b>Figura 4 - Caraterização do <i>cluster</i> 2.....</b>	<b>157</b>
<b>Figura 5 - Caraterização do <i>cluster</i> 3.....</b>	<b>157</b>
<b>Figura 6 - Número e tamanhos de <i>clusters</i> (2) .....</b>	<b>180</b>
<b>Figura 7 - Estrutura do modelo de <i>clusters</i> (2) .....</b>	<b>180</b>
<b>Figura 8 - Modelo explicativo do nível global de dependência no autocuidado para as pessoas idosas residentes em lares. ....</b>	<b>210</b>

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1 - Nível de dependência por domínio de autocuidado e nível global de dependência no autocuidado.....</b>	<b>123</b>
<b>Gráfico 2 - Taxa média de utilização dos produtos de apoio considerados necessários para cada domínio de autocuidado.....</b>	<b>126</b>
<b>Gráfico 3 - Nível de dependência dos homens, por domínio de autocuidado. ....</b>	<b>174</b>
<b>Gráfico 4 - Nível de dependência das mulheres, por domínio de autocuidado.....</b>	<b>174</b>

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Correlações entre as atividades de lazer e dimensões da saúde e bem-estar da pessoa idosa. ....	145
Quadro 2 - Síntese da comparação entre os <i>clusters</i> (3).....	166
Quadro 3 - Síntese das principais diferenças entre os <i>clusters</i> (2). ....	188

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	<b>- Proporção de pessoas idosas residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas, por distrito, a incluir na amostra.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 2</b>	<b>- Amostra de estruturas residenciais para pessoas idosas e pessoas idosas do estudo. ....</b>	<b>72</b>
<b>Tabela 3</b>	<b>- Distribuição das pessoas com menos de 65 anos pelos lares, que integraram o estudo. ....</b>	<b>82</b>
<b>Tabela 4</b>	<b>- Idade, idade de ingresso e tempo de permanência no lar.....</b>	<b>82</b>
<b>Tabela 5</b>	<b>- Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.....</b>	<b>83</b>
<b>Tabela 6</b>	<b>- Caracterização da pessoa de referência.....</b>	<b>84</b>
<b>Tabela 7</b>	<b>- Caracterização sociodemográfica dos familiares de referência. ....</b>	<b>85</b>
<b>Tabela 8</b>	<b>- Motivo de ingresso no lar e concordância com a decisão. ....</b>	<b>86</b>
<b>Tabela 9</b>	<b>- Frequência das visitas e saídas das pessoas idosas.....</b>	<b>87</b>
<b>Tabela 10</b>	<b>- Hábitos alimentares das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>88</b>
<b>Tabela 11</b>	<b>- Dentição e uso de prótese dentária pelas pessoas idosas residentes em lares da região Norte. ....</b>	<b>89</b>
<b>Tabela 12</b>	<b>- Hábitos de higiene e asseio pessoal das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>90</b>
<b>Tabela 13</b>	<b>- Hábitos de eliminação das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>92</b>
<b>Tabela 14</b>	<b>- Hábitos de exercício e lazer das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>93</b>
<b>Tabela 15</b>	<b>- Hábitos de sono e repouso das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>95</b>
<b>Tabela 16</b>	<b>- Condições ambientais que perturbam o sono nos lares da região Norte. ....</b>	<b>96</b>
<b>Tabela 17</b>	<b>- Hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>96</b>

<b>Tabela 18</b>	<b>- Vigilância de saúde das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>97</b>
<b>Tabela 19</b>	<b>- Frequência das consultas de vigilância das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>97</b>
<b>Tabela 20</b>	<b>- Antecedentes clínicos e doenças crônicas das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>99</b>
<b>Tabela 21</b>	<b>- Consumo de medicamentos pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>100</b>
<b>Tabela 22</b>	<b>- Complexidade do regime medicamentoso .....</b>	<b>100</b>
<b>Tabela 23</b>	<b>- Prevalência (%) de compromisso dos processos corporais, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 24</b>	<b>- Score obtido pela aplicação das escalas de deglutição, força muscular, dispneia e dor.....</b>	<b>103</b>
<b>Tabela 25</b>	<b>- Localização das Úlceras por pressão e outras feridas das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 26</b>	<b>- Risco de compromisso dos processos corporais das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 27</b>	<b>- Score obtido pela aplicação das escalas de Braden e Downton. ....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 28</b>	<b>- Estado de consciência, estado mental, estado cognitivo e depressão das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 29</b>	<b>- Score obtido pela aplicação das escalas: ECG, MMSE e DGS-15. ....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 30</b>	<b>- Acuidade visual, acuidade auditiva, uso de óculos e aparelho auditivo, pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>107</b>
<b>Tabela 31</b>	<b>- Bem-estar espiritual das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>108</b>
<b>Tabela 32</b>	<b>- Prevalência (%) de adesão às recomendações terapêuticas pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>108</b>
<b>Tabela 33</b>	<b>- N° de episódios de urgência e de internamento, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>109</b>
<b>Tabela 34</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado alimentar-se. ....</b>	<b>110</b>
<b>Tabela 35</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado higiene. ....</b>	<b>111</b>
<b>Tabela 36</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado arranjar-se.....</b>	<b>112</b>
<b>Tabela 37</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado vestir/despir-se. .</b>	<b>114</b>
<b>Tabela 38</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado virar-se. ....</b>	<b>115</b>

<b>Tabela 39</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado usar o sanitário.</b>	<b>116</b>
<b>Tabela 40</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado erguer-se.....</b>	<b>117</b>
<b>Tabela 41</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado transferir-se .....</b>	<b>117</b>
<b>Tabela 42</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado andar. ....</b>	<b>119</b>
<b>Tabela 43</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado andar em cadeira de rodas. ....</b>	<b>120</b>
<b>Tabela 44</b>	<b>- Nível de dependência nas dimensões do autocuidado gerir o regime terapêutico.....</b>	<b>121</b>
<b>Tabela 45</b>	<b>- Grau de dependência por domínio de autocuidado e grau de dependência global das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>122</b>
<b>Tabela 46</b>	<b>- Potencial para o desenvolvimento, por domínio de autocuidado. ....</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 47</b>	<b>- Grau de satisfação com a vida, com a oferta do lar e grau de satisfação global, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>127</b>
<b>Tabela 48</b>	<b>- Grau de preocupação com a saúde, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte. ....</b>	<b>127</b>
<b>Tabela 49</b>	<b>- Decisão sobre refeições, higiene e vestuário, nos lares da região Norte..</b>	<b>128</b>
<b>Tabela 50</b>	<b>- Incentivo para o autocuidado, nos lares da região Norte.....</b>	<b>129</b>
<b>Tabela 51</b>	<b>- Condição de higiene, asseio e vestuário das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.....</b>	<b>130</b>
<b>Tabela 52</b>	<b>- Frequência das mobilizações, levante, mudança de posição e massagem das proeminências ósseas, aos acamados.....</b>	<b>131</b>
<b>Tabela 53</b>	<b>- Local habitual do banho geral dos acamados.....</b>	<b>131</b>
<b>Tabela 54</b>	<b>- Administração de água e vigilância da eliminação intestinal, dos acamados. ....</b>	<b>132</b>
<b>Tabela 55</b>	<b>- Percentagem de variância explicada pelas componentes. ....</b>	<b>137</b>
<b>Tabela 56</b>	<b>- Pesos fatoriais de cada item nas 6 dimensões retidas. ....</b>	<b>138</b>
<b>Tabela 57</b>	<b>- Consistência interna das dimensões da escala.....</b>	<b>140</b>
<b>Tabela 58</b>	<b>- Associação entre a frequência das visitas o estado cognitivo e o estado mental. ....</b>	<b>141</b>
<b>Tabela 59</b>	<b>- Associação entre a frequência saídas e o estado cognitivo e mental.....</b>	<b>142</b>
<b>Tabela 60</b>	<b>- Correlações de Pearson: visitas, saídas, idade, tempo de permanência no lar, processo psicológico e satisfação global.....</b>	<b>143</b>
<b>Tabela 61</b>	<b>- Correlações de Pearson - higiene pessoal.....</b>	<b>147</b>



Tabela 62	- Banho geral – frequência semanal, por lar. ....	148
Tabela 63	- Banho parcial - frequência semanal, por lar.....	148
Tabela 64	- Frequência diária de lavagem das mãos, por lar. ....	149
Tabela 65	- Frequência diária de lavagem dos dentes, por lar. ....	149
Tabela 66	- Frequência mensal de idas ao barbeiro/cabeleireiro, por lar. ....	150
Tabela 67	- Frequência de exercício, por lar. ....	151
Tabela 68	- Correlações de Pearson entre a oferta de atividades de lazer, o nível de dependência no autocuidado e o compromisso dos processos corporais. ....	151
Tabela 69	- Correlações de Pearson entre as condições ambientais e o sono.....	152
Tabela 70	- Variedade de fármacos de cada pessoa idosa, por lar.....	152
Tabela 71	- Número de tomas/dia, por lar.....	153
Tabela 72	- Número de fármacos/toma, por lar.....	153
Tabela 73	- Complexidade do regime medicamentoso, por lar. ....	154
Tabela 74	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) relativamente à idade das pessoas idosas e à idade de ingresso no lar. ....	158
Tabela 75	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) relativamente ao motivo de ingresso no lar.....	159
Tabela 76	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) em função do nível global de dependência no autocuidado.....	159
Tabela 77	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) em função do compromisso dos processos corporais. ....	160
Tabela 78	- Caracterização dos <i>clusters</i> (3) pelo nº de consultas/ano e doenças crónicas. ....	160
Tabela 79	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) relativamente à depressão. ....	161
Tabela 80	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) relativamente ao desempenho cognitivo. ....	161
Tabela 81	- Caraterização dos <i>clusters</i> (3) relativamente à satisfação global. ....	162
Tabela 82	- Caraterização dos <i>Clusters</i> (3) segundo o grau de preocupação com a saúde.....	162
Tabela 83	- Compromisso dos processos corporais por grupo etário. ....	167
Tabela 84	- Correlação entre a idade e os focos de atenção do domínio da atividade física. ....	168

<b>Tabela 85</b>	<b>- Associação entre a acuidade visual, auditiva e uso de aparelho auditivo e o género.....</b>	<b>168</b>
<b>Tabela 86</b>	<b>- Evolução da depressão, nível de consciência e desempenho cognitivo por grupo etário.....</b>	<b>169</b>
<b>Tabela 87</b>	<b>- Diferenças de género, no nível de consciência, desempenho cognitivo e depressão. ....</b>	<b>169</b>
<b>Tabela 88</b>	<b>- Associação entre o género a crença religiosa e a religião. ....</b>	<b>170</b>
<b>Tabela 89</b>	<b>- Diferenças no bem-estar espiritual por grupo etário.....</b>	<b>170</b>
<b>Tabela 90</b>	<b>- Diferenças entre os homens e as mulheres no bem-estar espiritual. ....</b>	<b>171</b>
<b>Tabela 91</b>	<b>- Nível de dependência em cada domínio de autocuidado, por grupo etário.....</b>	<b>172</b>
<b>Tabela 92</b>	<b>- Taxa global de utilização de produtos de apoio por grupo etário. ....</b>	<b>173</b>
<b>Tabela 93</b>	<b>- Diferenças entre homens e mulheres no nível de dependência em cada domínio de autocuidado.....</b>	<b>173</b>
<b>Tabela 94</b>	<b>- Correlações de Pearson entre o autocuidado alimentar-se e os hábitos alimentares.....</b>	<b>175</b>
<b>Tabela 95</b>	<b>- Correlações de Pearson entre o autocuidado alimentar-se, o compromisso dos processos corporais e a satisfação com a alimentação. ....</b>	<b>176</b>
<b>Tabela 96</b>	<b>- Correlações de Pearson – autocuidado higiene.....</b>	<b>176</b>
<b>Tabela 97</b>	<b>- Correlações de Pearson entre o autocuidado e os hábitos de exercício.....</b>	<b>177</b>
<b>Tabela 98</b>	<b>- Correlações de Pearson entre o autocuidado, o processo psicológico, os processos corporais e a idade.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabela 99</b>	<b>- Caraterização dos <i>clusters</i> (2) em relação ao sexo. ....</b>	<b>183</b>
<b>Tabela 100</b>	<b>- Caraterização dos <i>clusters</i> (2) em relação ao grupo etário. ....</b>	<b>183</b>
<b>Tabela 101</b>	<b>- Caraterização dos <i>clusters</i> (2) em relação à escolaridade. ....</b>	<b>184</b>
<b>Tabela 102</b>	<b>- Caraterização dos <i>clusters</i> (2) em relação ao estado cognitivo e ao estado mental. ....</b>	<b>184</b>
<b>Tabela 103</b>	<b>- Nº de episódios de urgência e internamento - comparação dos <i>clusters</i> (2).....</b>	<b>185</b>
<b>Tabela 104</b>	<b>- Comparação entre os clusters (2) - no score das escalas de Braden, Downton, O'Neill, DGS-15, ECG e MMSE. ....</b>	<b>186</b>

<b>Tabela 105 - Comparação entre os <i>clusters</i> (2) - no grau de incentivo ao autocuidado, antecedentes clínicos, doenças crónicas, complexidade do RM, intensidade de cuidados, satisfação global e taxa de utilização de PA.....</b>	<b>187</b>
<b>Tabela 106 - Modelo de regressão linear múltipla para o nível global de dependência no autocuidado.....</b>	<b>190</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo, resulta do percurso de investigação realizado no âmbito do VII Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

O tema em estudo, as necessidades em cuidados de enfermagem nos lares de idosos, assume particular relevância no contexto atual em que as projeções oficiais indicam uma dinâmica populacional sem precedentes, com um crescente peso das pessoas idosas e muito idosas, e uma redução do peso da população ativa. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem contribuído para o crescente envelhecimento da população.

A estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas tem-se alterado nos últimos anos. Observa-se um aumento das famílias unipessoais e novas formas familiares e conjugais, menos compatíveis com a função assistencial tradicionalmente vinculada à família, principalmente na fase final do ciclo de vida, a velhice .

O ingresso no lar está diretamente relacionado com a incapacidade da pessoa idosa para gerir as suas atividades de vida diária quando simultaneamente, a família não tem possibilidade de garantir o apoio necessário (Nogueira, 2009), ou as necessidades da pessoa idosa se tornam demasiado complexas para ser geridas pela família, exigindo um cuidar profissional.

Envelhecer, mantendo a saúde, a autonomia e a independência, o maior tempo possível, é um desafio à responsabilidade individual e coletiva, sendo certo que com o envelhecimento aumentam as situações crónicas e incapacitantes e que frequentemente, a médio ou a longo prazo, será necessário suporte social e/ou de saúde.

Os lares de idosos enquanto contextos de prestação de cuidados de enfermagem têm sido desvalorizados, quer na formação quer na prática clínica. Só muito recentemente os lares têm enfermeiros em tempo integral, frequentemente recém-formados, que se tivessem outra oportunidade provavelmente não privilegiariam este contexto para exercer a profissão. Na formação em enfermagem, os cuidados às pessoas idosas fazem parte dos currículos, mas não o *Lar* enquanto organização e contexto de cuidados às pessoas idosas.

Os estudantes manifestam dificuldade em assumir o seu papel profissional, enquanto futuros enfermeiros integrados neste modelo de organização, dificuldade que parece manter-se entre os enfermeiros já profissionais a exercer a sua atividade nos lares de idosos.

A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, define as estruturas residenciais para pessoas idosas (que incluem os lares e as residências), como estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

De acordo com a Ordem dos enfermeiros os cuidados de enfermagem centrados nas pessoas idosas residentes em lares visam a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a promoção da sua máxima independência na realização das atividades de vida diária e a adaptação funcional aos défices, bem como a adaptação a um novo ambiente, que se deseja seguro (OE, 2007). De facto, o número de pessoas idosas residentes em cada lar, com diferentes necessidades e diferentes níveis de dependência em diferentes domínios de autocuidado, coloca questões relacionadas com a organização, que ultrapassam as necessidades individuais, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados e do controlo da infeção.

Trata-se de um grupo vulnerável, com necessidades específicas em áreas como o autocuidado, a gestão do regime terapêutico e a prevenção de complicações, onde a ação profissional dos enfermeiros, de acordo com o seu mandato social, deve ter um papel muito relevante. Parece-nos, portanto, de todo o interesse para a profissão e disciplina de enfermagem caraterizar a condição de saúde das pessoas idosas residentes em lares e identificar as suas necessidades em cuidados de enfermagem.

Aumentar o conhecimento nesta área é essencial para adequar a formação dos enfermeiros e melhorar a oferta de cuidados de enfermagem nas estruturas residenciais para pessoas idosas. Irá contribuir também, para uma maior consciencialização dos responsáveis políticos, das instituições, da opinião pública e da família para as reais necessidades das pessoas idosas, permitindo a todos os intervenientes assumir as suas responsabilidades na melhoria da qualidade das instituições, de modo a proporcionar melhores cuidados de saúde, bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida às pessoas idosas que por um motivo ou vários, deixaram a sua casa e ingressaram num lar que se espera capaz de proporcionar, além da satisfação das necessidades de sobrevivência, um ambiente onde se sintam apreciadas e que faça sobressair as capacidades que ainda mantêm, numa perspetiva

de envelhecimento ativo, onde cada um se reveja, projetando a sua velhice, pois ninguém chega a velho sem um dia ter sido jovem (A. M. Fonseca, 2012).

Este relatório de pesquisa está organizado em duas partes: na primeira iremos apresentar o resultado da revisão da literatura efetuada sobre o fenómeno do envelhecimento e os lares de idosos, bem como o enquadramento teórico e na segunda o trabalho empírico realizado, nomeadamente as opções metodológicas adotadas no desenvolvimento do mesmo e a sua justificação, os resultados obtidos, a sua análise e discussão em função dos objetivos do estudo e finalmente as principais conclusões do estudo, limitações e implicações para a clínica, para o ensino e para a investigação em enfermagem.

## **Parte I – Revisão da literatura**

## **1 - O ENVELHECIMENTO E A CONDIÇÃO DE SER IDOSO**

O envelhecimento constitui um dos problemas centrais do século XXI. Desde as últimas décadas do século passado, as sociedades mais desenvolvidas têm vindo a transformar-se em sociedades envelhecidas. Envelhecer é em princípio positivo, quer para os indivíduos quer para as sociedades, fruto dos progressos da humanidade em termos económicos, sociais e científicos, e das políticas públicas de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, não podemos ignorar, que o aumento generalizado da esperança de vida, associado à diminuição da fecundidade, pode ter uma série de consequências complexas com custos individuais e coletivos, não só económicos mas também sociais e de saúde (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Neste capítulo iremos abordar os desafios colocados pelo envelhecimento sociodemográfico, a nível global e nacional. A pessoa o processo de envelhecimento e a condição de ser idoso, seguida das políticas sociais e de saúde para as pessoas idosas, nomeadamente as orientações internacionais e a sua aplicação a nível nacional. Quando a solução é a institucionalização, apresentamos os motivos, implicações da decisão e impacto da mudança para o Lar na saúde e bem-estar da pessoa idosa (PI). E finalmente, uma revisão integrativa da literatura sobre os cuidados de enfermagem nas estruturas residenciais para pessoas idosas, onde refletimos sobre o seu enquadramento legal, os instrumentos e domínios da saúde das PI avaliados, a produção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, os problemas relacionados com a gestão segura da medicação e os problemas mais frequentes, relacionados com os cuidados prestados.



## 1.1 - O ENVELHECIMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

O envelhecimento da população, no contexto atual, apresenta-se como um fenómeno social único com uma dimensão global. A nível mundial, tem repercussões e representa simultaneamente um desafio político, socioeconómico e da saúde.

De acordo com os dados divulgados, pelas organizações internacionais e pelo INE, as projeções realizadas indicam que a nível mundial a população idosa quadruplicará até 2050 (INE, 2012). Na União Europeia, de acordo com as projeções divulgadas pela Comissão Europeia, a proporção de pessoas idosas (com 65 anos ou mais) passará de 18,2%, no início de 2013, para 28,1% em 2050, enquanto a percentagem da população em idade ativa, no mesmo período passará de 66,2%, para 56,9%. O número de pessoas idosas e o seu peso relativo na população europeia irão aumentar a um ritmo acelerado, atingindo em 2050, os 150 milhões. O número de pessoas muito idosas (com 80 anos ou mais) atingirá em 2050, os 57,3 milhões. O índice de dependência aumentará de 27,5% em 2013, para valores próximos dos 50%, em 2050 (Eurostat, 2014).

Portugal enfrenta a mesma realidade. As características demográficas da população Portuguesa revelam que o seu envelhecimento se agravou na última década e Portugal integra o grupo dos países mais envelhecidos da união europeia. Segundo o INE, até 2050, a percentagem de idosos em Portugal aumentará para 31,9%, e o peso da população com mais de 80 anos de idade poderá passar de 4,5% em 2010 para 5,8% em 2020 e 10,9% em 2050, atingindo os 1,3 milhões. Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas, apenas ultrapassado por Espanha com 35,6%, Itália com 35,3% e Grécia com 32,5% (INE, 2012).

Com a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida e o declínio da fecundidade, a população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade. O índice sintético de fecundidade passou de 2,25 em 1980, para 1,21 em 2013, desde 1990 tem sido continuamente inferior a 2,1, a taxa biológica necessária para manter estável o total da população (PORDATA, 2013). Nos Censos de 2001, a percentagem de população idosa (16,4%) ultrapassou, pela primeira vez, a dos jovens (0-14 anos) que se situava nos 16%. Em 2011, a proporção de jovens diminuiu para 15,6%, enquanto a proporção da população idosa aumentou para 19,1%. O índice de envelhecimento aumentou de 118 por cada 100 jovens em 2009 (INE, 2010), para 127,8 em 2011 (PORDATA, 2013), e é superior entre as mulheres. Em 2009 era de 141, por cada

100 jovens, para as mulheres e 96, por cada 100 jovens, no caso dos homens (INE, 2010). A esperança de vida à nascença era em 2009 de 76,2 anos para os homens e 82,2 anos para as mulheres. Em 2013 passou para 77,2 para os homens e 83 anos para as mulheres. Nos mesmos períodos, a esperança de vida aos 65 anos, era de 16,7 e 17,2 anos, para os homens e de 20,0 e 20,6 anos para as mulheres, em 2009 e 2013, respetivamente (PORDATA, 2013).

As relações de género e a feminização do envelhecimento, devido à crescente proporção de mulheres na população idosa, são temas para investigação em gerontologia (Paúl, 2012).

O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos. Em Portugal passou de 24,2 em 2001, para 28,8 em 2011 (PORDATA, 2013), acima da média europeia, que era 25,6 em 2009 e 27,5 em 2013 (Eurostat, 2014).

Os estudos epidemiológicos, em termos de morbilidade mostram que, a elevada prevalência de determinadas doenças na população idosa determina cerca de um terço dos internamentos: doenças reumáticas, cardiovasculares, doenças pulmonares crónicas, diabetes e doenças mentais (M. A. M. Costa, 2006).

A evolução das estruturas familiares é outro dos fatores relevantes no contexto atual, colocando novos desafios no que se refere às necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Os dados do INE mostram uma tendência de redução da dimensão média das famílias e diminuição da natalidade. A evolução da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, nas últimas décadas, revela o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais. Entre 2001 e 2011, o número de famílias com 1 pessoa aumentou de 631,8 mil (17,3% do total) para 867,3 mil (21,4%). No mesmo período o número de famílias com 5 ou mais pessoas diminuiu de 345,4 mil (9,5% do total) para 262,4 mil (6,5%) (INE, 2012). Estas mudanças conduzem a uma redução do papel das famílias na satisfação das necessidades de cuidados dos familiares mais idosos, e podem resultar num aumento da institucionalização das pessoas idosas (Gonçalves, 2003; Sequeira, 2010).

## 1.2 - A PESSOA IDOSA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A preocupação com o envelhecimento e a longevidade não é um tema recente, segundo Paúl (Paúl, 2005), tendo por base a *"História da Velhice"*, de Minois (1987), verifica-se que esta preocupação remonta ao Antigo Testamento, existindo registos que comprovam que esta temática era motivo de reflexão muitos anos antes de Cristo.

Para Birren (1985, cit. por Paúl 2005 p.27) o envelhecimento é *“um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais (...)”* e o aumento da longevidade, de 45 para 75 anos, aproximadamente, que se verificou no século XX, deve-se mais às mudanças económicas, sociais e tecnológicas do que a uma mudança no património genético da população.

O processo de envelhecimento e a condição de ser idoso constituem uma experiência e uma fase do ciclo de vida da pessoa (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005).

Envelhecer é um processo natural que pressupõe mudança progressiva e gradual da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos ao longo da vida. São alterações gerais, que podem ocorrer em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau em função das características genéticas e das circunstâncias, condições e estilos de vida individuais. Não obstante o facto de se envelhecer cada vez mais tarde e de muitas pessoas idosas manterem durante muitos anos uma boa condição de saúde, com o passar dos anos, em virtude do desgaste do organismo, da crescente dificuldade de adaptação às alterações do meio e da diminuição da capacidade de recuperar das agressões da vida e repor o equilíbrio, as pessoas idosas vão-se tornando mais vulneráveis aos fatores que as podem levar à incapacidade e à morte (Azeredo, 2011; M. A. M. Costa, 2006; Larsson & Thorslund, 2006; P. P. Sousa, 2014; Zimmerman, 2000).

As definições de envelhecimento e “idoso” têm evoluído e continuarão a evoluir, de acordo com o conhecimento produzido, mas a sua relação com o tempo é incontornável (M. A. M. Costa, 2006).

Cada pessoa envelhece de forma diferente tendo em conta aspetos biológicos, psicológicos, sociais, económicos, históricos, geográficos e culturais (Azeredo, 2011; M. A. M. Costa, 2006; Imaginário, 2004; Oliveira, 2010; P. P. Sousa, 2014).

Para compreender a forma como as pessoas vão envelhecendo considerando as diversas dimensões do processo, alguns autores utilizam além da idade cronológica, que se refere ao número de anos desde o nascimento e tem sido o critério mais usado para definir a pessoa

como idosa, outras idades ou indicadores de envelhecimento, como, a idade biológica para caracterizar os aspetos relacionados com o funcionamento dos sistemas corporais, comparado com os padrões estabelecidos para cada grupo etário; a idade funcional, em relação à capacidade de realizar tarefas específicas, como por exemplo conduzir à noite; a idade psicológica, que em geral se refere ao modo como a pessoa se adapta às mudanças e às suas competências cognitivas, pessoais e emocionais para realizar novas atividades ou experiências; e a idade social que diz respeito aos papéis sociais e comportamentos adotados em função do que é socialmente aceite e esperado, para cada grupo etário (Erber, 2013; Paúl, 2005).

Segundo a OMS, considera-se idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos, se viver em países menos desenvolvidos. Para efeitos do nosso estudo é este o critério que iremos usar, considerando idosas, as pessoas com 65 e mais anos.

O aumento do tempo de vida implica um maior risco de adoecer e a saúde vai assumindo um papel cada vez mais relevante, à medida que a idade avança.

De acordo com a ordem dos enfermeiros “ *a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual*” (Conselho de Enfermagem, 2003, p. 143). É portanto um conceito subjetivo e variável no tempo, que vai além da presença ou ausência de doença e que pressupõe que cada pessoa procura a cada momento atingir o equilíbrio, num processo dinâmico e contínuo. Para a saúde e bem-estar das pessoas idosas assume particular importância o equilíbrio entre a capacidade e a necessidade de satisfação das necessidades humanas básicas e o seu nível de independência e autonomia na realização das atividades da vida diária (Azeredo, 2011; M. A. M. Costa, 2006; P. P. Sousa, 2014).

Podemos então afirmar, que diversos tipos de fatores condicionam a saúde das pessoas idosas, que envelhecer bem implica ter saúde e que a saúde tende a diminuir gradualmente com a idade. Como refere Paúl e colaboradores,

“Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem” (Paúl et al., 2005, p. 75).

Cerca de metade das pessoas com mais de 50 anos, tem pelo menos uma doença crónica (54%), 21% têm pelo menos duas e 8,5% têm mais de 3. A existência de doenças crónicas

aumenta significativamente a partir dos 65 anos, com especial incidência a partir dos 75 anos, sobretudo nas mulheres, nas pessoas com níveis de instrução baixos e nos trabalhadores indiferenciados. As doenças mais frequentes são as cerebrovasculares (cerca de 50%), seguidas das doenças osteoarticulares (30%) e as doenças endócrinas, nomeadamente a diabetes tipo II (25%). Apenas 10% da população com mais de 50 anos necessita de cuidados de saúde permanentes no domicílio, mas a necessidade aumenta gradualmente à medida que a idade avança: 17 % das PI com mais de 75 anos precisam desse auxílio, maioritariamente mulheres e pessoas com baixo estatuto socioeconómico (Cabral & Ferreira, 2014).

As consequências das doenças no desempenho físico e de papéis sociais das pessoas idosas concorrem para o risco de institucionalização, diminuição da qualidade de vida e declínio funcional. A incapacidade funcional é considerada uma medida importante na avaliação do estado de saúde das PI, enquanto fator preditivo de mortalidade (Botelho, 2005; Caeiro & Silva, 2008).

A Classificação internacional de Incapacidade, funcionalidade e saúde (CIF), descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas com as condições de saúde, identificando o que a pessoa é capaz de fazer no seu dia-a-dia, tendo em vista as funções dos órgãos e estruturas do corpo (domínios da saúde), assim como as limitações de atividade e restrições da participação no ambiente físico e social onde a pessoa vive (domínios relacionados com a saúde) (OMS, 2004).

As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são muito importantes na procura e manutenção do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, são influenciadas pelo estado psicológico das pessoas, e este é influenciado pelo bem-estar e conforto físico e espiritual (Conselho de Enfermagem, 2001).

A incapacidade funcional surge, assim, como a incapacidade ou diminuição da capacidade de realizar as tarefas de autocuidado, necessárias para uma vida independente (Botelho, 2005; Yang, 2005).

O aumento das doenças crónicas e da incapacidade, que se verifica com o passar dos anos, tem repercussões no grau de dependência no autocuidado: embora haja pessoas dependentes, de todas as idades, a grande maioria das pessoas dependentes são idosas (Escoval, Lopes, Mendes, Martins, & Ferreira, 2015; Nogueira, 2009).

Por Dependência entende-se *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou*

*incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, p.3857).

### 1.3 - POLÍTICAS E RESPOSTAS SOCIAIS E DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA

As políticas e respostas sociais e de saúde para as PI têm subjacentes à sua definição e evolução alguns aspetos como: o crescente envelhecimento demográfico, a elevada esperança de vida, a mudança na estrutura familiar e desresponsabilização da família no cuidado aos seus idosos, a passagem à reforma das PI deixando de participar no mercado de trabalho e a aceitação de que elas constituem um grupo muito vulnerável.

Como já referimos, o envelhecimento da população é um fenómeno de dimensão mundial. Para começar a abordar estas questões, a ONU convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982 de onde saiu o *Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento* que apela à intervenção em áreas como a saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança e educação, e também à investigação. Em 1991, surgiram os direitos das pessoas idosas – em relação à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade, e 1999, foi declarado pela ONU o Ano Internacional do Idoso.

Em Portugal, em 1994 foi criado o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) por Despacho Conjunto, dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. Trata-se de um conjunto de medidas inovadoras que visavam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos centrais e locais.

Em 2002 a OMS, publicou um projeto de política de saúde visando contribuir para a discussão e formulação de planos de ação para promover o envelhecimento saudável e ativo, na II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento, realizada em Madrid, em abril de 2002. Este documento apresenta os fatores determinantes do envelhecimento ativo, nomeadamente fatores transversais como a cultura e género, fatores relacionados com os sistemas de saúde e sociais, fatores individuais e comportamentais, fatores relacionados com o ambiente físico e social e fatores económicos. Enuncia os

principais desafios para a população em processo de envelhecimento, como as doenças, o maior risco de incapacidade e deficiência, a prestação de cuidados, a feminização do envelhecimento, questões éticas e económicas e finalmente a criação de um novo paradigma, que perceba as PI como participantes ativos, de uma sociedade com integração da idade. Conclui com os três pilares da estrutura política do envelhecimento ativo: participação, saúde e segurança. Assim, o envelhecimento ativo refere-se ao processo de *“otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice”* (WHO, 2002, p. 12).

O plano nacional para a saúde das pessoas idosas, parte integrante do Plano Nacional de saúde 2004-2010, reconhece e integra as recomendações atrás referidas. Tem como objetivo geral obter ganhos em anos de vida com independência ao contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência. Para atingir o objetivo proposto, estabelece três áreas de intervenção: o envelhecimento ativo, a organização e prestação de cuidados de saúde (adequados às necessidades da população idosa), e a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência (Gambôa et al., 2006).

No âmbito do envelhecimento ativo, e mais diretamente ligados à saúde, nomeadamente ao nível da prevenção, estão os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida: os hábitos de exercício, que devem ser iniciados na infância e manter-se ao longo de toda a vida; a alimentação, com diferentes exigências em cada etapa do ciclo vital, mas que assume em cada uma delas um papel preponderante na saúde; o sono /repouso cujo papel é importante para a saúde física e mental, nomeadamente na renovação das reservas pessoais; o consumo de substâncias nocivas e a vigilância periódica do estado de saúde (Gambôa et al., 2006; INE & INSA, 2009).

A atividade física e o exercício são determinantes na diminuição dos efeitos do envelhecimento ao nível físico, psicológico e social, contribuindo para a saúde e bem-estar da PI. A senescência associada ao declínio dos diversos órgãos e sistemas, não deve ser atribuída ao envelhecimento, só por si, mas também à inatividade física e ao desuso que frequentemente o acompanham. A inatividade física contribui entre outras, para o maior risco de doenças cardiovasculares, e para o agravamento da incapacidade funcional, observada em muitas pessoas idosas (Amaro, 2012; Carvalho & Mota, 2012).

Ao nível da alimentação as PI podem apresentar alterações relacionadas com o envelhecimento que constituam ameaças a uma nutrição adequada e exigem atenção

especial, nomeadamente as dificuldades na mastigação e deglutição, as alterações do olfato e paladar, assim como a diminuição da sensação de sede (Eliopoulos, 2011).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos. Está provada a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias doenças incapacitantes de evolução prolongada, embora os últimos anos de vida sejam muitas vezes acompanhados pelo aumento das situações de doença e incapacidade (Gambôa et al., 2006).

O impacto do envelhecimento nas políticas sociais foi progressivamente sendo reconhecido pelas autoridades a nível nacional e internacional. Propostas de ação na União Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012), constituem importantes pontos de referência para a formulação de estratégias nacionais enquadradoras das políticas sociais e das políticas da saúde.

No âmbito da dependência e gestão das doenças crónicas, cada vez mais, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização dos cidadãos e das famílias para se cuidarem a si próprios, em relação às atividades de vida diária (AVD) e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos em parceria com os profissionais de saúde, de modo a serem capazes de gerir autonomamente, de forma mais eficaz e durante mais tempo os processos de saúde-doença (F. Petronilho, 2012).

Podemos concluir que em Portugal, embora existam várias iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas, não existe, ainda, uma estratégia nacional, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspetiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento ativo.

As pessoas idosas em situação de dependência requerem uma particular atenção por parte dos serviços de saúde e sociais, proporcionando-lhes respostas integradas adequadas às suas necessidades, que o paradigma de abordagem curativa dos serviços de saúde e das formas mais tradicionais de apoio social, não prevê. Neste sentido foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Um modelo de cuidados que visa promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade de cuidados às pessoas em situação de dependência, entre os diferentes tipos de respostas e níveis de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, com ganhos em anos de vida com independência (Gambôa et al., 2006).



Há dois tipos de redes de suporte social e de saúde às pessoas em situação de dependência. As redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais: de proteção social, onde se inserem os serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais (RSES); e de saúde que incluem as unidades de saúde que constituem o serviço nacional de saúde, nos diferentes níveis de prestação (cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados). Como já referimos os cuidados continuados (unidades da RNCCI), prestam simultaneamente cuidados de saúde e apoio social, numa perspetiva mais integradora das necessidades sociais e de saúde, que são interdependentes e não se podem dissociar, das PI e dos dependentes. Existem portanto, duas modalidades de cuidados: formais em que a pessoa que presta cuidados o faz numa base contratual, sendo a relação que estabelece com o cliente, profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar os cuidados sob obrigações específicas e respetiva recompensa pecuniária e/ou material, pelo exercício das suas funções; e informais em que a pessoa que presta cuidados o faz numa base de solidariedade, como voluntário, ou por sentimento pessoal de amizade, ou vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras (IDS, 2002). As relações entre estes dois tipos de redes podem ser de complementaridade, ou de substituição.

As respostas sociais para pessoas idosas em Portugal começaram por ser os asilos, que tinham por base a institucionalização e que a partir das décadas de 1950/60, passaram a ser designados Lares, reconhecendo a necessidade de melhorar as suas condições de acolhimento. Posteriormente surgiram as residências para idosos, que diferem dos Lares no tipo de alojamento (em residência ou em quarto, respetivamente). Em 2012 as respostas residenciais para PI passaram a designar-se Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) <sup>1</sup>.

No final da década de 60 surgiram os Centros de dia, uma alternativa intermédia entre o domicílio e o internamento, que presta apoio psicossocial, fomenta as relações interpessoais e assegura a satisfação das necessidades básicas das PI, sem as afastar do seu meio sociofamiliar. Na mesma altura surgem os centros de convívio, vocacionados para a animação e lazer de PI autónomas. No final da década de 70, as políticas sociais, mudaram de paradigma, reconhecendo a importância de manter a PI no seu contexto habitual de vida o maior tempo possível. Nos anos 80, emergiram com grande intensidade os Serviços de apoio domiciliário (SAD). Na década de 90 surgiu mais uma resposta social, o Acolhimento Familiar de Idosos (AFI) que consiste em integrar, temporária ou

---

<sup>1</sup> Nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações lar de idosos e residência para idosos, nos termos da Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março

permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. E no fim da década de 90, serviços de apoio domiciliário com integração de cuidados de saúde, uma resposta exclusiva para pessoas com dependência, designada Apoio domiciliário integrado (ADI) e Unidades de apoio integrado (UAI) para os dependentes que não podem ser apoiados no seu domicílio, mas que não necessitam de cuidados de saúde em internamento hospitalar e os Centros de noite (CN), destinados ao acolhimento noturno de PI autónomas, que durante o dia permanecem no seu domicílio.

No âmbito das necessidades sociais e de saúde das pessoas com dependência, com a criação da RNCCI, as UAI e o ADI poderão extinguir-se. As restantes respostas convencionais da RSES, nomeadamente os lares de idosos, a SAD e as respostas dirigidas às pessoas com deficiência, coexistem com as diversas tipologias da RNCCI, numa perspetiva de complementaridade

#### 1.4 - QUANDO O LAR É A SOLUÇÃO

Vários autores e estudos refletem sobre as razões para a Institucionalização da PI (Guedes, 2012; Paúl, 2005; Pimentel, 2005; Rocha, 2012; Sequeira, 2010; L. Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004; Zimmerman, 2000). Para alguns, esta surge como ultima alternativa. Mesmo quando os filhos estão dispostos a fazer tudo o que lhes é possível, por vezes, a institucionalização é o mais adequado (Pimentel, 2005; Zimmerman, 2000).

A perda de autonomia física da PI é habitualmente referida em associação a outros fatores com maior peso na decisão. Vários estudos concluíram que os problemas de saúde e a perda de autonomia, não são a principal causa de institucionalização da PI, a falta de recursos, económicos e habitacionais, também é frequentemente apontada como uma das causas de entrada numa instituição (Pimentel, 2005).

Outro motivo importante é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar das PI e que garantam um apoio efetivo em caso de maior necessidade (Nogueira, 2009).

Nas famílias onde a relação com a PI era conflituosa, quando ocorrem as primeiras dificuldades a opção é frequentemente a institucionalização (Zimmerman, 2000).

Por sua vez, Paúl (2005) aponta os problemas de saúde, a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, a viuvez e as condições habitacionais, ou perda da habitação, como concorrentes para a institucionalização da pessoa idosa.

As causas da institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação de vários fatores, e não apenas um ou outro, que origina a opção por este tipo de apoio social. Segundo os dados do INE (1999) no fim do século XX, 97,5% da população idosa vivia em famílias clássicas e apenas 2,5% em “famílias institucionais”. Em 2001, a proporção das pessoas idosas a viver em famílias institucionais era de 3,6%, no total de população residente com 65 anos ou mais anos, tendo-se verificado entre 1991 e 2001, um aumento bastante significativo da institucionalização na população mais idosa, entre 2 a 3 vezes mais, nos grupos dos 85-89 anos e 90 ou mais anos (Gonçalves, 2003).

Estudos mais recentes confirmam esta tendência para a institucionalização. O estudo de Rocha (2012) conclui que 4,4% das famílias clássicas do concelho de Lisboa têm um parente próximo institucionalizado. O estudo de Petronilho (2013), sobre o destino dos dependentes após a alta hospitalar, mostra que no momento da alta, 9,5% dos dependentes foram para lares de idosos e o número aumentou para 11,1%, três meses após a alta. Esta tendência parece indicar que a institucionalização poderá ser a solução adotada, para um número significativo de pessoas idosas.

De acordo com a carta social, relatório de 2013, as respostas sociais para pessoas idosas, da RSES, aumentaram 47%, no período 2000-2013, o que se traduz em mais 2300 novas respostas desde o ano 2000. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é a resposta com maior crescimento (66 %), seguindo-se a ERPI (55 %). A capacidade das respostas para as Pessoas Idosas tem igualmente, aumentado significativamente, 53 %, no período 2000-2013 e no que se refere à taxa de utilização, em 2013, a ERPI foi a resposta com maior taxa de utilização, 90,1% e o alojamento em quarto a modalidade de ERPI prevalente, 97%. Do total de PI que residiam ERPI em 2013, 71 % tinham mais de 80 anos, 47 % dos quais tinham 85 ou mais anos, o que traduz uma institucionalização da população idosa em idades já bastante avançadas. Quanto ao género, a proporção de mulheres acentua-se com o aumento da idade. Quanto ao tempo de permanência na resposta ERPI, cerca de 50 % das PI mantêm-se por mais de 3 anos. As estadias de curta duração (66 % até 3 anos) representam, cerca de 50 % do total, das quais cerca de 22 % correspondem a uma permanência até um ano, o que poderá indiciar, entre vários fatores, a não adaptação da PI no primeiro ano de estadia, preferência ou necessidade de mudança de equipamento, ou a

entrada da PI em ERPI numa idade já avançada. Cerca de 80% das PI em ERPI, apresenta alguma dependência (GEP/MSESS, 2014).

Independentemente das razões que levam à institucionalização da PI, é-lhe sempre exigido, no mínimo, que abandone o seu espaço conhecido e vivido, obrigando-a a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida (Paúl, 2005).

Segundo Born e Boechat (2006), por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o passado e um certo afastamento do convívio social e familiar. Por outro lado, a pessoa terá que se “familiarizar” com um conjunto de situações novas, nomeadamente, novos espaços, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida, o que pode originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança.

As características sociodemográficas da PI, a congruência entre a sua personalidade, o ambiente e os padrões de comportamento, bem como a avaliação que ela faz do meio e do processo de mudança, e os respetivos recursos para lidar com a situação, vão influenciar o processo de institucionalização. Se esta interação dos diversos fatores não tiver sucesso, a institucionalização terá consequências negativas no bem-estar e na saúde da PI (Paúl, 2005).

Outra questão a considerar é a participação da PI na decisão de ingressar num lar. De acordo com Reed *et al.* (2003) esta participação pode classificar-se em preferencial, estratégica, relutante e passiva (cit. in. L. Sousa et al., 2004). A preferencial caracteriza-se pela escolha da PI em ingressar no lar, perante alterações nas circunstâncias de vida. A estratégica indica planeamento por parte da PI ao longo da sua vida, no sentido de adotar esta solução. O planeamento passa, por visitar vários lares e pela inscrição com antecedência no lar que lhe parecer mais adequado. A relutante descreve a situação mais dolorosa, pois a PI é forçada pela família ou pelos profissionais de saúde e/ou ação social, a ingressar num lar. A participação passiva acontece geralmente, quando a PI tem alterações mentais e cognitivas, ou quando se trate de PI resignadas, com um estilo de autocuidado abandonado<sup>1</sup>. Neste caso, o ingresso no lar decorre da decisão de outros sobre o nível e tipo de cuidados requeridos pela PI e que esta aceitou ou seguiu sem questionar.

De acordo com L. Sousa et al. (2004), a adaptação e integração dependem de três fatores: as circunstâncias da institucionalização, o conceito pessoal de “Lar” e a continuidade alcançada após a mudança para o mesmo.

O processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico, e é dificultada se a decisão for relutante. As PI que têm tempo para antecipar e antever a mudança integram-se mais facilmente no novo modelo de vida.

O conceito pessoal de Lar de Idosos (ainda continua a ser esta a designação das ERPI, para a maioria da população) está diretamente ligado com a opinião das PI sobre o que é um “*bom lar*”. A continuidade após a mudança para o lar é mais facilmente alcançada se no mesmo houver respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência da PI (L. Sousa et al., 2004).

Além da adaptação, a institucionalização pode criar alguns problemas, que a PI poderá ter dificuldades em ultrapassar, como: a mudança interna de parâmetros, relacionada com a mudança da residência, da organização das divisões, das pessoas e dos horários, que estavam automatizados e faziam parte do seu esquema de vida e têm que ser redefinidos; a convivência, pois a PI, terá que lidar com pessoas diferentes a nível social, económico, cultural, religioso e de personalidade, além de praticamente passar a conviver só com pessoas idosas; as perdas, uma vez que a morte é um acontecimento frequente nos lares; e finalmente o sentimento de abandono. Para as PI é muito importante manter o vínculo familiar. Os estudos demonstram que com o tempo as visitas vão diminuindo e por vezes deixam de existir, sendo o sentimento de abandono um dos aspetos que mais contribui para a depressão e para os problemas de saúde das PI (Zimerman, 2000).

## 1.5 - OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS LARES DE IDOSOS

Efetuamos uma revisão de literatura sobre os cuidados de enfermagem em lares de idosos, no período compreendido entre 2005 e 2015. Os estudos encontrados podem ser agrupados em 4 temas principais: (1) formulários e áreas da saúde incluídas na avaliação inicial e periódica das pessoas idosas; (2) produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; (3) organização do trabalho de enfermagem e implicações para a qualidade dos cuidados; (4) problemas relacionados com os cuidados como a eliminação/incontinência, os distúrbios do sono, a saúde e higiene orais e a condição dos dentes, a desnutrição e desidratação, a condição da pele e as úlceras por pressão, as quedas, a depressão, as doenças crónicas e a dor. No anexo I apresentamos o quadro síntese dos estudos incluídos na revisão e das evidências encontradas.

Em alguns países o financiamento das instituições está ligado a padrões e indicadores de qualidade das mesmas. Os indicadores demonstram se a instituição tem a cultura, as condições físicas e humanas e os procedimentos que contribuam para a garantia da qualidade (indicadores de estrutura), se atua de acordo com as melhores práticas (indicadores de processo), se obtém bons resultados (indicadores de resultado) e se vai ao encontro do que os clientes desejam (indicadores de satisfação).

Em Portugal, a certificação dos lares ainda não é uma prática generalizada e os cuidados prestados nestas instituições carecem de legislação e regulação mais claras e adequadas às efetivas necessidades das PI.

Da revisão da legislação, relativa às ERPI concluímos que o Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, e o Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro foram revogados pela Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento das ERPI. Esta portaria refere que as ERPI prestam um conjunto de atividades e serviços, nomeadamente “ (...) *Apoio no desempenho das atividades da vida diária (...) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde (...) Administração de fármacos quando prescritos*”. Podem ainda disponibilizar outro tipo de serviços, como “*fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte*” e devem “*permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite (...)*”. Relativamente ao pessoal, refere que “ (...) *além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de um animador sociocultural ou educador social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um enfermeiro, por cada 40 residentes; um ajudante de ação direta, por cada 8 residentes e um ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno (...).* ” Sempre que a ERPI acolher grandes dependentes os rácios de enfermeiros, ajudantes de ação direta e auxiliares, passam a ser “ *Um enfermeiro, para cada 20 residentes; um ajudante de ação direta, por cada 5 residentes e um empregado auxiliar por cada 15 residentes* “.

Da leitura do documento depreende-se que os enfermeiros devem estar a tempo inteiro, uma vez que prevê a presença a tempo parcial para outros técnicos, mas levantam-se várias dúvidas, nomeadamente em relação ao que significa “acolher grandes dependentes” e se esta avaliação se refere apenas ao momento de admissão? Os cuidados de enfermagem não são cuidados de saúde? A administração da medicação, não é uma intervenção de enfermagem?

Relativamente à identificação das necessidades de cuidados e respetiva documentação/registo, nomeadamente no que se refere aos formulários utilizados e aos parâmetros avaliados, há grande variabilidade. A Portaria nº 67/2012, no seu artigo 9º refere que é obrigatória a elaboração de um processo individual do residente que deve estar atualizado e do qual constem, entre outros, a identificação, data de admissão, identificação do médico assistente, processo de saúde que possa ser consultado de forma autónoma e o plano individual de cuidados, que deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela sua elaboração, avaliação e revisão. A Norma ISO 9001:2000 para lares de idosos refere que a avaliação inicial deve constar de dados sociais, nomeadamente situação familiar, económica e de habitação; dados funcionais relativos à mobilidade, escala de AVD e nível cognitivo, dados clínicos, como histórico e caracterização da situação atual com identificação dos cuidados de saúde que lhe devem ser proporcionados e finalmente a identificação da necessidade de atenção personalizada. Ambas fornecem orientações pouco específicas, permitindo grande variabilidade no que se refere à avaliação e registo dos dados relativos à condição de saúde das PI, no momento da admissão e mais ainda no que se refere à sua evolução durante o tempo de permanência na ERPI.

Worden, Challis & Pedersen, estudaram os formulários de avaliação utilizados em 126 Lares de idosos na Inglaterra, com o objetivo de avaliar os instrumentos utilizados, no que se refere aos domínios avaliados pelos diferentes formulários usados e como esses domínios variam em função do tipo de Lar. Os formulários de avaliação foram analisados e codificados de acordo com a presença ou ausência de quatro atributos: (1) cobertura - *Sempre que um domínio era mencionado no formulário de avaliação*, (2) estrutura - *presente quando os itens de cada domínio se encontravam estruturados em várias hipóteses de resposta fechada, em vez de permitirem respostas descritivas*, (3) detalhe - *presente quando havia especificações de alguns itens em particular e essas especificações serviam para clarificar o conteúdo* e finalmente, (4) utilização de escalas standardizadas. Os 49 domínios identificados neste estudo foram agrupados em 3 grandes áreas: (1) saúde, que incluiu *saúde geral, saúde mental, prevenção/promoção da saúde e problemas médicos*; (2) pessoal/psicossocial, (3) funcional/dependência, *que inclui comunicação, higiene pessoal e AVD básicas e instrumentais, segurança e risco*. Os resultados demonstram uma cobertura muito variável para os domínios referidos. O uso de escalas é muito pouco frequente exceto para a avaliação do risco de úlcera por pressão; A saúde mental, dor e cuidados com os pés são dimensões não mencionadas na maioria dos

formulários; Os itens mais frequentes são as AVD (Liu & Wen, 2010; Worden, Challis, & Pedersen, 2006).

A produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem tem sido uma preocupação crescente. O ICN definiu indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem como, as medidas da mudança no estado de saúde das pessoas, em que os cuidados de enfermagem podem ter uma influência direta. O estudo de revisão realizado por Aleixo, Escoval, Fontes & Fonseca, identificou catorze indicadores de qualidade dos cuidados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, em lares de idosos com enfermagem permanente: diminuição do recurso às urgências; diminuição total de dias de internamento em unidades de recuperação avançadas; diminuição de alguns atos médicos; função sensorial (incidência de depressão, demência), comunicação, relações sociais, participação da família; presença de cateteres urinários e incontinência; perda de funcionalidade e atividades de vida diárias (imobilização e doentes acamados); uso controlado de fármacos; uso de nove ou mais medicamentos diferentes; nutrição (perda de peso, obstipação, desidratação); controlo de infeção (pneumonias, infeções urinárias); prevalência de úlceras por pressão; controlo da dor; e prevalência de quedas. O mesmo estudo conclui que nestas instituições os enfermeiros proporcionam um importante contributo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os resultados observados permitem perceber que a introdução destes profissionais, de forma contínua, tem impacto direto na diminuição do recurso aos serviços de saúde (episódios de urgência e dias de internamento), na diminuição das quedas, no controlo da dor, na prevalência das úlceras por pressão e no aumento da funcionalidade (Aleixo, Escoval, Fonte, & Fonseca, 2011).

Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen & Seim, realizaram um estudo de revisão para identificar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem utilizados em sete países semelhantes, no que respeita aos cuidados às pessoas idosas (EUA, Austrália, Noruega, Nova Zelândia, Inglaterra, Suécia e Dinamarca). Selecionaram 23 indicadores, utilizados a nível nacional, nos EUA, 13 na Austrália, 4 na Noruega e 3 na Nova Zelândia e na Inglaterra. Todos os países, exceto a Suécia, têm uma avaliação prévia à entrada da PI na ERPI, padronizada a nível nacional. Os indicadores identificados, diferem entre os países e incluem as quedas, novas fraturas, aumento da ansiedade ou depressão, relativamente à última avaliação, diagnóstico de depressão sem instituição de tratamento antidepressivo, incidência de compromisso cognitivo, presença de cateter urinário, incontinência sem plano de idas ao wc, perda do controlo de esfíncteres por residentes de baixo risco, infeções do trato urinário, impactação fecal, perda de peso, desidratação, saúde oral e dos



dentes, aumento da necessidade de ajuda nas AVD, em relação à última avaliação e controlo de infeção, entre outros (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2009).

Dos estudos sobre a organização do trabalho e implicações para a qualidade dos cuidados, destacamos para o nosso estudo os relacionados com a gestão da medicação. Denbemt, Idzinga, Robertz, Komerlink & Pels (2009) , estudaram os erros de administração dos fármacos e os fatores de risco para a sua ocorrência, em lares de idosos com sistema automático de dispensa dos medicamentos. Concluíram que a administração da medicação nos lares de idosos é propensa a muitos erros. Neste estudo a manipulação da medicação após a sua remoção do dispensador automático, contribuiu para a maior frequência de erros, que podem ser reduzidos através do treino das ajudantes de enfermagem, da implementação de sistemas automáticos de suporte à decisão clínica e de medidas para reduzir a carga de trabalho. Dilles, Elseviers, Rompary, Bordel & Stichele (2011), estudaram as principais barreiras para uma gestão segura da medicação, identificadas pelos enfermeiros e ajudantes de enfermagem, nos lares de idosos na Bélgica. Identificaram barreiras relacionadas com o profissional (enfermeiro ou ajudante), com a organização, com a cooperação interdisciplinar, com o residente e com a família. Na preparação, administração e monitorização da medicação, as barreiras com mais impacto são, ser interrompido, não saber o suficiente sobre as interações medicamentosas e dificuldades na cooperação interdisciplinar. Davidson, Vibe, Ruths & Blix (2011), avaliaram o efeito de revisões periódicas da medicação, realizadas pela equipa multidisciplinar, na qualidade das prescrições e a manutenção das alterações introduzidas ao longo do tempo. Concluíram que as revisões periódicas da medicação pela equipa multidisciplinar do lar melhoram a qualidade das prescrições, pela redução quer do número de fármacos, quer dos eventos adversos relacionados com a medicação. A maioria, das alterações introduzidas mantiveram-se após 3 meses. Szczepura, Wild & Nelson (2011), avaliaram a incidência de erros na administração da medicação em lares e residências para pessoas idosas, que usam o sistema de códigos de barras. Concluíram que a incidência de erros na administração da medicação é elevada e que o sistema de administração por código de barras permite identificar os erros tornando possível a sua prevenção.

Dos estudos sobre os problemas relacionados com os cuidados, relevam para este trabalho, o estudo de Heath (2009) sobre o papel dos enfermeiros na ajuda às PI para usar o sanitário e o estudo de Roe, Flanagan, Jack, Barrett, Chung, Shaw & Williams (2010), sobre gestão da incontinência, promoção e manutenção da continência em instituições para pessoas idosas. Sobre os problemas do sono, os estudos de Tsai, Wong & Ku (2008), que abordam

a gestão dos distúrbios do sono pela PI e os fatores de risco para o seu aparecimento; Valenza, Martos, Martín, Garzón, Velarde & Demet (2013), que estudaram o impacto dos distúrbios do sono na funcionalidade das PI residentes em lares; e Chen, Huang, Cheng, Li & Chang (2015), que realizaram um estudo sobre a efetividade de um programa de exercício, na melhoria das perturbações do sono e da depressão, tendo verificado uma melhoria da qualidade do sono e da depressão no grupo experimental, após três e seis meses (fim do programa de exercício). Sobre os problemas relacionados com a alimentação e ingestão de líquidos, destacamos os estudos de Wang, Chen & Li (2012), sobre a associação entre os problemas de mastigação e deglutição e o estado de saúde física e psicossocial das PI residentes em unidades de cuidados de longa duração em Taiwan. De acordo com este estudo os problemas de mastigação e deglutição estão significativamente relacionados com a alimentação entérica e parentérica, o estado de saúde oral e dos dentes, o estado nutricional, as doenças concomitantes e infeção, a função cognitiva e o envolvimento social; e o estudo de revisão da literatura de Weening-Verbree, Huisman-de Waal, Dusseldorp, Achterberg & Schoonhoven (2013), sobre estratégias de implementação de cuidados de saúde e higiene oral em lares de idosos. As estratégias com maior impacto na melhoria da saúde oral foram o conhecimento, operacionalizado em sessões de educação para a saúde, a autoeficácia e a facilitação do comportamento; O estudo também de revisão da literatura, realizado por Lanker, Verhalghe, Hecke, Vanderwee, Goossens & Beeckman (2012), sobre desnutrição e o estado de saúde oral das PI residentes em unidades de longa permanência; O estudo de Galesi, Leandro-Merhi & Oliveira (2012) sobre a relação entre os indicadores de demência e o estado nutricional em PI institucionalizadas. As autoras deste estudo concluíram que a demência está associada com o estado nutricional, mas não com a ingestão calórica e nutricional, sugerindo que as PI com demência podem ter exigências nutricionais mais elevadas; O estudo de Gavinha (2010), realizado em Portugal, sobre o estado de saúde oral em idosos institucionalizados concluiu que a prevalência de cárie radicular é de 78,6%, das PI dentadas, 38,9% não escovava os dentes e ter 20 ou mais dentes está significativamente associado a escovar os dentes e ao nível de escolaridade; e o estudo de Godfrey, Cloete, Dymond & Long (2012), sobre a ingestão de líquidos e os cuidados de hidratação nas PI. Sobre as quedas e a avaliação do risco de queda o estudo de Wagner, Scott & Silver (2011), que estudaram os instrumentos utilizados para avaliar o risco de queda nos lares, de modo a identificar os mais utilizados e os domínios incluídos na avaliação do risco. Concluíram que há pouca consistência nos instrumentos utilizados e que a maioria não são baseados em evidência; a

guideline para a prevenção das quedas em PI, da sociedade Americana de geriatria identifica dois estudos randomizados controlados, realizados em unidades de cuidados de longa permanência, que demonstraram o benefício de intervenções multifatoriais. Os componentes mais eficazes foram uma avaliação abrangente, a formação do pessoal, os dispositivos de assistência, como as campainhas, as bengalas ou os andarilhos e a diminuição da medicação. Sobre a gestão da dor em PI residentes em lares, o estudo de Tse & Ho (2011), que avaliou a eficácia de um programa integrado de gestão da dor com a duração de 8 semanas, dirigido aos residentes e aos enfermeiros. Após o programa os enfermeiros do grupo experimental demonstraram uma melhoria significativa no conhecimento e atitudes na gestão da dor crónica, e os residentes do grupo experimental apresentaram scores de dor significativamente inferiores e maior uso de estratégias não farmacológicas para controlo da dor, comparativamente ao grupo de controlo.

Um último aspeto a considerar, relativamente aos cuidados prestados nas ERPI é a formação dos “ajudantes de apoio direto”, uma vez que atendendo aos indicadores para cálculo de pessoal, muitos dos cuidados de enfermagem deverão ser delegados nestes profissionais. Para Sousa (M. M. Sousa, 2011), os cuidadores de ação direta, também designados “ajudantes de lar”, “auxiliares de apoio a idosos”, ou “ajudantes de apoio direto”, tendo como referência a estrutura do emprego por níveis de qualificação, do serviço de estatística do Ministério do trabalho, são “*profissionais não qualificados*”, ou seja não possuem competências, formais ou informais, validadas, reconhecidas e certificadas para o exercício da profissão. Refere ainda que estes funcionários são frequentemente, pouco escolarizados, em número reduzido e mal remunerados. Alguns sem vocação para esta atividade e com deficientes condições de trabalho desenvolvem sentimentos negativos relativamente à profissão, que é socialmente pouco valorizada.

## 2 - O AUTOCUIDADO COMO RECURSO DE SAÚDE PARA AS PESSOAS IDOSAS

Neste capítulo iremos abordar o conceito de autocuidado como recurso de saúde para as PI e a sua relevância para as PI residentes em lares. Iremos apresentar o modelo de Backman & Hentinen (1999), sobre os estilos de autocuidado, bem como a sua relação com a decisão de em determinado momento da vida ingressar numa ERPI e finalmente a teoria do autocuidado de Orem (2001), que orienta a intervenção dos enfermeiros face às necessidades de autocuidado das pessoas, refletindo sobre a sua relevância para as necessidades de autocuidado das PI residentes em lares.

Hoy, Wagner & Hall (2007) realizaram uma revisão da literatura sobre o autocuidado e a promoção da saúde nas PI, que incluiu 57 estudos publicados entre 1990 e 2006.

Da análise dos estudos que integram esta revisão, o autocuidado enquanto recurso de saúde das PI emerge como um conceito multidimensional e com diferentes definições: porque é realizado, o que implica a sua realização e como é realizado. Dos artigos analisados emergem duas áreas em concordância e inter-relacionadas na exploração do conceito de autocuidado como um recurso de saúde das PI: o autocuidado como *a capacidade para manter a saúde* e o autocuidado como *um processo para a manutenção e desenvolvimento de saúde*. Apesar do autocuidado poder ser concetualmente analisado separadamente enquanto capacidade e enquanto processo, estas dimensões não devem ser encaradas como categorias independentes mas como dimensões que se reforçam mutuamente.

Enquanto *capacidade para a manutenção da saúde*, o autocuidado é definido como a capacidade de ação através da qual a pessoa idosa mantém, promove ou melhora a sua capacidade funcional, limita a doença e/ou previne a incapacidade na sua vida diária. Refere-se ao potencial individual para atender às suas necessidades universais, aos seus objetivos de saúde, a fim de obter o bem-estar e a independência. Como *processo para a manutenção e desenvolvimento de saúde* o autocuidado é definido como um processo individual de desenvolvimento de saúde relacionado com a doença e o bem-estar. Este

conceito demonstra um *continuum* de adaptação da PI às circunstâncias da vida e refere-se a uma mentalidade e disposição face à necessidade do contexto, do crescimento pessoal e da integração do *self* na vida quotidiana (F. Petronilho, 2012). Com base nos resultados da revisão da literatura as autoras construíram um modelo explicativo do autocuidado como recurso para a saúde das PI que se baseia na compreensão de um conjunto de conceitos chave:

- O autocuidado é definido como uma orientação pessoal, mas não individualizada e um conceito constituído por um constructo bidimensional.
- Os atributos que compõem o *core* do autocuidado como um recurso de saúde incluem capacidades e processos. Os recursos são direcionados para a satisfação das necessidades fundamentais e as capacidades de desempenho direcionadas para problemas de saúde específicos. Os processos incluem os processos de vida, os processos de aprendizagem e os processos ecológicos.
- A noção de autocuidado como adaptação, como facilitador da estabilidade, da mudança ou da transcendência.
- Enquanto recurso de saúde, o autocuidado é dependente do contexto e facilitado pelos antecedentes. Condições pessoais, interpessoais e externas são identificadas conjuntamente com as condições de processo.
- O Autocuidado, identificado como uma perceção de saúde engloba funcionalidade, responsabilidade, integridade e crescimento.
- Os resultados do autocuidado podem ser positivos ou negativos e devem ser antecipados (Høy et al., 2007).

O modelo pode orientar uma abordagem de promoção de saúde nas ERPI, em função de objetivos previamente definidos. Se o objetivo é melhorar as capacidades fundamentais de autocuidado e bem-estar, a abordagem nos cuidados deve ser dirigida e adaptada às necessidades universais, às preferências e às limitações da PI. Se o objetivo é facilitar as mudanças na capacidade de desempenho do autocuidado da PI ou promover novas capacidades de ação, a abordagem deve ser direcionada à resolução dos problemas, tomada de decisão e utilização de recursos, bem como, melhorar a relação entre a PI e os profissionais. Finalmente, se o objetivo é facilitar o crescimento, o processo de promoção da saúde deve ser percebido pela PI como significativo (Høy et al., 2007; F. Petronilho, 2012).

Segundo Petronilho (2012), os fatores determinantes do autocuidado podem ser divididos em sete dimensões: *física*, que inclui aspetos como a capacidade funcional, a tolerância à atividade, a dor e o ambiente; *cognitiva*, composta pelo conhecimento sobre estilos de vida saudáveis, sobre a doença e os processos terapêuticos, pela capacidade de procurar informação, pela mestria ou empowerment e pela capacidade de tomar decisões; *Psicológica*, que inclui a força de vontade, motivação e proatividade, o locus de controlo, as experiências anteriores de saúde-doença e expectativas em relação ao futuro, a aceitação do estado de saúde, a perceção de autoeficácia, a perceção do estado de saúde e atitude face à vida e à doença, o envolvimento no processo terapêutico, a capacidade de resiliência, a satisfação com a vida, o autoconceito, a capacidade de adaptação, o ambiente terapêutico e o estado emocional/mental, como por exemplo autoestima, tristeza, humor, ansiedade e depressão entre outros; *Sociodemográfica*, como a idade, sexo, raça, estado civil e grau de instrução/educação; *Social/Saúde* composta pela rede formal e informal de suporte percebida e utilizada, sendo a rede formal composta por profissionais de saúde e de serviço social e a rede informal por familiares, amigos e/ou vizinhos; *Espiritual/cultural*, cujos componentes são a fé, esperança, crenças religiosas e culturais, bem como o crescimento ou desenvolvimento espiritual e finalmente a dimensão *económica*, que inclui a condição ou capacidade económica e financeira. No caso das PI institucionalizadas em cada dimensão alguns fatores assumem maior relevância em detrimento de outros.

Nas ERPI colocam-se algumas questões específicas, que foram identificadas no estudo de Chang & Yu (2013), sobre a perspetiva dos familiares acerca da independência no autocuidado das PI residentes em unidades de cuidados de longa duração, em Taiwan. As autoras referem que os lares de idosos na China têm dificuldade em facilitar/promover a independência no autocuidado dos residentes. Os resultados mostraram que há três conjuntos de fatores interrelacionados, que promovem a independência no autocuidado dos residentes: as atitudes, comportamentos e preocupações da família; as características e atitudes das PI face ao autocuidado; e as atitudes/comportamentos dos funcionários. De acordo com os familiares, para promover a independência das PI no autocuidado, todos os intervenientes devem trabalhar em conjunto na definição de objetivos, na construção de relações de confiança entre a PI, a família e a equipa. Periodicamente a equipa deve comunicar à família o estado de saúde da PI.

Silva & Figueiredo (2012) propõem uma reflexão teórico-conceitual sobre a autonomia das PI institucionalizadas e as possibilidades de cuidados de enfermagem. Segundo as

autoras, a autonomia traduz-se culturalmente na possibilidade de agir com liberdade e independência, condição que não se observa nas PI institucionalizadas, que são frágeis e vulneráveis (a sua fragilidade e vulnerabilidade, conduziram à institucionalização). Espera-se que o envelhecimento ativo, seja uma meta e/ou uma consequência da qualidade da assistência prestada às PI institucionalizadas, pois o seu grau de independência funcional é diferente do das PI que vivem sob o amparo da família. A institucionalização propicia o aumento da dependência funcional, porque a padronização da assistência, com horários pré-definidos, normas e rotinas pré-determinadas, com o objetivo de controlar os acontecimentos, favorece a perda de autonomia, a diminuição da capacidade da PI para o autocuidado e a diminuição da sua participação no quotidiano coletivo. A teoria do défice de autocuidado, propõe a ajuda nas atividades de autocuidado às PI que não são capazes de o fazer, através de práticas sistematizadas e humanizadoras responsáveis pela manutenção do bem-estar físico, mental, ambiental, espiritual e psicológico da PI, pois o plano de cuidado terapêutico permite-lhe conviver da melhor forma possível com as suas limitações e possibilidades.

## 2.1 - ESTILOS DE AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS

Backman & Hentinen (1999) desenvolveram um modelo explicativo de estilos de autocuidado. O autocuidado das pessoas idosas em contexto domiciliário é, fundamentalmente, cuidar da sua saúde, incluindo a gestão das doenças e a realização das atividades de vida diária (AVD). Globalmente, os pré-requisitos do autocuidado do idoso são: a sua personalidade, as suas experiências de saúde, a atitude para com os outros, o processo de envelhecimento e as expectativas sobre o futuro. Assim, os estilos de autocuidado propostos por Backman & Hentinen (1999) são:

1. *Autocuidado responsável*, que implica atividade e responsabilidade em todas as atividades de vida diária (AVD) e o envolvimento nos processos de saúde. Ser responsável pela gestão do seu regime terapêutico e ter a consciência de que não ser capaz de o fazer poderá ser uma limitação para a sua vida. O *Autocuidado responsável* é definido como um *hábito de vida*. Neste estilo de autocuidado, as pessoas idosas incorporam no seu dia-a-dia estilos de vida saudáveis, cuidam da sua

condição física e demonstram preocupações com o ambiente. As atividades diárias são realizadas com prazer. O pré-requisito de autocuidado responsável é a *orientação positiva para o futuro* e uma *experiência positiva de envelhecimento*. Durante a vida ativa, há uma valorização da atividade laboral e sentem-se respeitadas. Após a reforma, desejam ocupar os seus tempos livres na concretização de projetos que durante a vida ativa tiveram necessidade de adiar, considerando o facto de serem idosas uma *nova forma de liberdade*. Têm confiança no futuro e aguardam o apoio vindo dos outros quando, no futuro, for necessário. Este apoio poderá passar pelo ingresso num lar, previamente selecionado;

2. *Autocuidado formalmente guiado* consiste numa observação regular mas acrítica das recomendações terapêuticas e do desempenho das tarefas diárias. As pessoas idosas com *autocuidado formalmente guiado* cumprem as instruções acerca do seu regime terapêutico, no entanto, têm uma atitude passiva e não se empenham em obter informações para melhorar a compreensão e gestão do mesmo, como por exemplo, sobre a ação dos medicamentos prescritos ou os efeitos secundários. Executam as atividades diárias de forma rotineira, não *aproveitando a vida*. Este estilo de autocuidado é determinado pelas experiências de tomar conta de outros, o que as levou a terem dificuldades em identificar as suas próprias necessidades. Encaram o envelhecimento de forma realista, com a perceção da diminuição gradual das suas capacidades físicas e cognitivas aceitando de forma tranquila e com resignação esta realidade. Apesar de se empenharem em manterem-se ativas e nos seus lares pelo máximo de tempo possível, perspetivam que, no futuro, terão de ter apoio que poderá passar pela institucionalização;

3. *Autocuidado independente* baseia-se no desejo das pessoas idosas em *ouvir a sua própria voz*. Colocam em dúvida as recomendações dos profissionais de saúde, tendo um modo muito próprio de gerir os seus processos de saúde -doença e as rotinas diárias. Quando confrontadas com algum problema relativo à sua saúde e bem-estar não procuram a ajuda dos profissionais de saúde. Tentam encontrar as respostas por si próprios, agem de acordo com as suas crenças e experiências de vida, desvalorizando por vezes, sinais e sintomas de doença. O pré-requisito para um *autocuidado independente* é *terem como objetivo, ao longo do tempo, tomar as decisões sobre o seu projeto de vida de forma independente*, relativamente à sua



saúde, à sua atividade profissional ou mesmo nas suas relações sociais. O significado atribuído por estas pessoas à *sua independência é manterem-se vivas*, negando o próprio envelhecimento e o futuro. Desejam permanecer em casa até à morte e não valorizam o apoio da rede social como familiares, amigos ou lares.

4. *Autocuidado abandonado* define-se por abandono e falta de responsabilidade das pessoas idosas na procura de melhor saúde e bem-estar, sentindo-se impotentes para gerir o seu projeto de vida e deixando que outros assumam a responsabilidade e decidam por si. Este estilo é condicionado por fatores como a dificuldade para ler, ouvir, realizar as AVD, gerir o regime terapêutico e até alterações da memória. O pré-requisito do *autocuidado abandonado* é uma condição psicológica que se caracteriza por *tristeza, solidão, baixa autoestima, amargura, sentimento de abandono*, de não serem respeitados, nem compreendidos pelos outros. Uma experiência de vida muito difícil, associada à perda de pessoas significativas, perceção de baixa saúde física e baixa ou ausência de suporte social. Atitude negativa face ao processo de envelhecer. Relativamente às expectativas futuras, embora manifestem o desejo de *desistir da vida*, sentem medo do futuro e da probabilidade de perder o controlo sobre a sua própria vida associado ao declínio da condição física e mental e mesmo da própria morte.

O estilo de autocuidado tem influência na opção pela institucionalização, mais concretamente na decisão da pessoa idosa de, em determinado momento da sua vida, ingressar num lar, para garantir a satisfação das suas necessidades de autocuidado e de saúde quando não for capaz de o fazer. Além da opção pela institucionalização o estilo de autocuidado influencia o processo de envelhecimento da PI, mais ou menos ativo e saudável, e o processo de adaptação da PI ao lar, bem como a sua participação na vida da instituição.

## 2.2 - TEORIA DO AUTOCUIDADO

Na sua teoria sobre o Autocuidado, Orem define-o como

“ uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter e promover a saúde, bem como o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com foco na prevenção, alívio e cura, ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar” (Orem et al., 2001, p. 45).

Refere-se portanto, a atividades que as pessoas iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Parte do pressuposto que cada pessoa é capaz de se autocuidar, denominando-a de *self-care agent* e quando não é capaz, necessita que esse cuidado seja realizado por pessoas que assumem a responsabilidade social de o prestar, denominadas *dependent care agente*. Quando esses cuidados são cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem, os enfermeiros são denominados *therapeutical self-care agent*.

A *ação de autocuidado*, que se reporta à capacidade do ser humano para se envolver no autocuidado, varia em função do seu desenvolvimento desde a infância até à velhice e, deste modo, é condicionado pelo estado de saúde, pela educação e pelas experiências de vida e de aprendizagem, pela exposição às influências culturais e pela utilização de recursos na vida diária (McEwen & Wills, 2009; Orem et al., 2001).

A ação do autocuidado envolve vários domínios, nomeadamente o domínio cognitivo, o domínio físico, o domínio emocional ou psicossocial e o domínio do comportamento, ou seja, são necessárias habilidades cognitivas, para cumprir a ação de autocuidado, assim como capacidade física, atitudes, valores, desejo e motivação, bem como habilidade para executar os comportamento de autocuidado (F. Petronilho, 2012).

Orem define ainda fatores condicionantes básicos, referindo-se aos “ (...) *fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário (...)*” (Orem et al., 2001, p. 245). Esses fatores são: o sexo, a idade, o estado de saúde, o estado de desenvolvimento, o

estatuto sociocultural, os fatores associados ao sistema e serviços de saúde, os fatores do sistema familiar, os fatores ambientais, a adequação e disponibilidade dos recursos e os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia.

A intervenção dos enfermeiros na satisfação das necessidades de autocuidado é realizada de forma terapêutica e resulta da incapacidade da pessoa para determinar ou executar as necessidades de autocuidado (McEwen & Wills, 2009).

A necessidade terapêutica de autocuidado “ *é uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender- ou seja, cumprir- as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos*” (Orem et al., 2001, p. 223). Este é também um dos motivos para as pessoas idosas abandonarem os seus domicílios e ingressarem num lar.

O conceito, *requisitos de autocuidado*, divide-se em três categorias: os requisitos universais de autocuidado, os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Os requisitos de autocuidado, comuns a todos os seres humanos, em todas as etapas do ciclo vital e por isso designados *requisitos universais*, estão inter-relacionados e são oito: manutenção de uma quantidade de ar suficiente; manutenção de uma ingestão suficiente de água; manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados relacionados com a eliminação; manutenção do equilíbrio entre repouso e atividade; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de riscos que ameacem a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano; e finalmente promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, nos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Orem et al., 2001).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento têm dois objetivos: providenciar condições e promover comportamentos para prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento. As condições referidas são: privação da educação, dificuldades de adaptação social, problemas de saúde individual, situações de perda de familiares ou amigos, perda de bens e de segurança ocupacional, problemas associados ao *status*, mudança súbita de residência, ou para um ambiente desconhecido, saúde precária ou incapacidade, condições de vida opressivas e finalmente doença terminal ou morte eminente (Orem et al., 2001). Entre as condições referidas as mais associadas à velhice e mais concretamente às PI residentes em lares, serão as dificuldades de adaptação à

institucionalização, a perda de familiares e amigos, muito frequente nesta fase da vida, a perda dos bens pessoais, que não acompanham a pessoa idosa para a nova residência, a mudança para um ambiente estranho e desconhecido, a incapacidade, os problemas de saúde e a proximidade da morte.

Os *requisitos de autocuidado no desvio de saúde* são exigidos em condições de doença ou de lesão. Existem seis categorias de requisitos no *desvio de saúde* (Orem et al., 2001, p. 235):

1. Procurar e garantir assistência médica adequada nas situações de exposição a agentes físicos ou biológicos específicos ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos, ou quando resulta de condições fisiológicas, genéticas ou psicológicas conhecidas;
2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos resultantes do desenvolvimento;
3. Realizar efetivamente as ações diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas, direcionadas para a prevenção de doenças específicas, para as normas do funcionamento humano integral, para a correção de deformidades e anomalias e para a compensação das incapacidades;
4. Estar consciente e atender ou regular os efeitos negativos ou desconfortos resultantes das intervenções realizadas, incluindo os efeitos do desenvolvimento;
5. Modificar o autoconceito (e a autoimagem) na aceitação de um estado de saúde particular com necessidades específicas de cuidados de saúde;
6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, do diagnóstico e do tratamento no estilo de vida, de forma a promover um desenvolvimento pessoal continuado.

### *Teoria do défice de autocuidado*

Esta teoria exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar surge um défice de autocuidado. Este estabelece a relação entre as capacidades

de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado, permitindo adequar os métodos de auxílio e compreender o papel das pessoas doentes no autocuidado. Orem, identifica cinco métodos de ajuda: fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (George, 2000). Estes métodos de ajuda devem ser selecionados em função das necessidades da pessoa idosa, de acordo com o seu nível de dependência e em função do seu potencial de reconstrução da autonomia. Assim se a pessoa idosa é dependente em grau elevado, não participa em nenhuma das atividades de autocuidado e não tem potencial de reconstrução da autonomia, o método de ajuda será fazer pela pessoa. Se a pessoa idosa apresenta dificuldades em realizar algumas das atividades do autocuidado, como por exemplo lavar os pés, no domínio do autocuidado higiene, o método de ajuda será o apoio físico e psicológico. Nas situações em que a PI necessita de utilizar um equipamento adaptativo que desconhecia, ou tem dificuldades relacionadas com as novas instalações, o método de ajuda será para o guiar e orientar, se a necessidade é por exemplo para melhorar os hábitos de higiene oral o método de ajuda poderá ser ensinar e manter um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal.

### *Teoria dos sistemas de enfermagem*

Esta teoria “*estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem*” (Orem et al., 2001, p. 147). Na teoria dos sistemas de enfermagem é determinado como é que os enfermeiros, os clientes, ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado dos clientes. Todos os sistemas de ação são concebidos e executados pelos enfermeiros, para os beneficiários dos seus cuidados, no exercício do seu papel de *therapeutical self-care agent*. Orem, propõe três sistemas de enfermagem, para dar resposta aos requisitos de autocuidado das pessoas e que de acordo com Petronilho (2012), definem o âmbito de responsabilidade dos enfermeiros, no seu exercício profissional:

1. O sistema *totalmente compensatório* representa as situações em que a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado tornando-se socialmente dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. Os subtipos deste sistema, são os sistemas de enfermagem para: as pessoas

incapazes de se envolverem em qualquer forma de ação deliberada (ex. pessoas em coma), as pessoas conscientes, com capacidade para observar, fazer julgamentos e tomar decisões, mas incapazes de realizar ações que impliquem deambulação ou outros movimentos de manipulação (ex. pessoas com tetraplegia), as pessoas com incapacidade de atender as suas necessidades e tomar decisões, mas que conseguem deambular e realizar algumas tarefas de autocuidado, com orientação e supervisão sistemática (ex. pessoas com défice cognitivo);

2. O sistema *parcialmente compensatório* ocorre nas situações em que o enfermeiro, a pessoa, ou outros, realizam tarefas de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas que envolvem manipulação. O cuidado é aceite pela pessoa, no entanto a função do enfermeiro é compensar as suas limitações, realizando algumas tarefas de autocuidado. A distribuição das responsabilidades da pessoa ou do enfermeiro na realização das tarefas é variável em função das limitações apresentadas pela pessoa, do conhecimento científico e técnico e das habilidades exigidas e finalmente da força de vontade da pessoa, para desempenhar ou aprender atividades específicas;
3. O sistema de *apoio-educação*, quando a pessoa tem capacidade para o autocuidado necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros, para o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado. Ou seja, a pessoa pode e deve realizar ou aprender as tarefas exigidas, mas não pode fazê-lo sem assistência.

A compreensão e estruturação da prática dos cuidados nas ERPI tendo em conta os três sistemas descritos é particularmente importante, por se tratar de cuidados de longa duração. Quando o sistema utilizado ultrapassa os requisitos de autocuidado da PI, esta torna-se mais dependente do que seria necessário e desejável incorrendo em todos os riscos que estão associados a uma maior dependência no autocuidado, como o compromisso dos sistemas corporais, e todas as complicações potenciais associadas à imobilidade e à dependência. O desajuste do sistema utilizado em relação às necessidades pode implicar também maior intensidade de cuidados e maior consumo de recursos humanos, sem a expectável melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da condição de saúde da pessoa idosa.

## **Parte II – Investigação empírica**

## 1 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Partindo da questão de investigação: *Quais são as necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas idosas residentes em lares de terceira idade?* E, tendo como finalidade caracterizar a condição de saúde das pessoas idosas residentes em lares e identificar as suas necessidades em cuidados de enfermagem, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Identificar os hábitos e estilos de vida das pessoas idosas, relativos à alimentação, higiene, eliminação, hábitos de exercício e lazer, sono e repouso, hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde e vigilância de saúde;
2. Caracterizar a condição de saúde no que se refere a antecedentes clínicos, doenças crónicas, adesão às recomendações terapêuticas, regime medicamentoso e episódios de agravamento/agudização;
3. Identificar a prevalência de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, relacionados com o compromisso e/ou risco de compromisso dos processos corporais;
4. Caracterizar a condição de saúde no domínio do processo psicológico relativamente a estado de consciência, depressão, estado mental e estado cognitivo;
5. Avaliar o bem-estar espiritual e as crenças religiosas;
6. Caracterizar o nível de dependência em cada domínio do autocuidado, nomeadamente alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, arranjar-se, vestir-se e despir-se, erguer-se, transferir-se, virar-se, usar o sanitário, andar, andar em cadeira de rodas e gerir o regime terapêutico;
7. Identificar os recursos disponíveis e utilizados pelas pessoas idosas dependentes no autocuidado e pelos cuidadores;



8. Identificar o estilo de autocuidado, a sua relação com o motivo de ingresso no lar e a condição de saúde;
9. Conhecer o grau de satisfação das pessoas idosas em relação à alimentação, exercício, atividades de lazer, local e hábitos de eliminação, higiene, sono e repouso, aspeto físico geral e acompanhamento/vigilância de saúde, bem como o grau de preocupação com a saúde;
10. Caracterizar a intensidade de cuidados, o incentivo à autonomia e a participação nas decisões;
11. Caracterizar os lares, no que se refere às instalações, acessibilidade, recursos humanos, oferta e normas de funcionamento;
12. Identificar relações entre a saúde, os hábitos de vida, a oferta/condições dos lares, o nível de dependência no autocuidado, o grau de satisfação e as variáveis sociodemográficas.

## **2 - MATERIAL E MÉTODOS**

Depois da revisão da literatura, que nos permitiu uma melhor compreensão da problemática das pessoas idosas, do processo de envelhecimento e da institucionalização, além de conhecer o estado da arte no que se refere às necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas idosas residentes em lares ou de acordo com a nova designação, em estruturas residenciais para pessoas idosas, vamos apresentar o estudo empírico realizado.

Neste capítulo iremos apresentar as opções metodológicas e procedimentos adotados, em função dos objetivos do estudo que nos propusemos realizar.

### **2.1 - TIPO DE ESTUDO**

Considerando, que se trata de um fenómeno ainda pouco estudado e conhecido em Portugal, optou-se por um estudo observacional analítico. Pretendemos descrever as associações entre variáveis e proceder à sua análise de modo a explorar a possibilidade de relações de causa e efeito. No que se refere à orientação temporal, trata-se de um estudo transversal, pois será realizada uma única avaliação para caraterizar a situação atual (Fathalla, 2004).

De acordo com Fortin (2009), neste tipo de estudos, que a autora designa descritivos-correlacionais, não se formulam hipóteses.

Assim, esta investigação pretende avaliar a condição de saúde atual, das pessoas idosas residentes em lares de terceira idade (atualmente designados ERPI) na região norte do país, e identificar as necessidades em cuidados de enfermagem, bem como caraterizar os lares que participaram no estudo, no que se refere ao que é essencial para manter e/ou melhorar a saúde dos seus residentes.

## 2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo decorreu em ERPI da região Norte, concretamente da área de influência da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, que inclui os distritos de Viana do Castelo, Bragança, Vila Real, Braga e Porto. Assim, e de acordo com a técnica de amostragem que a seguir se descreve, participaram no estudo, 12 ERPI: 4 do distrito do Porto, 3 do distrito de Braga, 2 dos distritos de Bragança e Vila Real respetivamente e 1 do distrito de Viana do Castelo.

## 2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com a carta social, relatório de 2011, existiam na área de influência da ARS Norte, na data de realização do projeto da presente investigação, 527 ERPI com 17.527 residentes (GEP/MSESS, 2012).

Considerando o tipo de estudo e tendo em conta a homogeneidade da população, pessoas idosas residentes em lares de terceira idade, ou ERPI, pretendemos uma amostra representativa proporcional por distrito (Fathalla, 2004; Fortin et al., 2009).

Considerando uma margem de erro de 3% e um intervalo de confiança de 95% a amostra calculada, foi de 1006 <sup>2</sup> Pessoas idosas.

Na tabela 1, podemos observar o cálculo proporcional de pessoas idosas residentes em ERPI por distrito.

---

<sup>2</sup> Cálculo da amostra com a ferramenta “Sample size calculator” da Raosoft <sub>R</sub>

**Tabela 1 - Proporção de pessoas idosas residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas, por distrito, a incluir na amostra.**

<b>Distrito</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Amostra</b>
Braga	4414	25,2	253
Bragança	2708	15,5	155
Porto	6403	36,5	368
Viana do Castelo	1893	10,8	109
Vila Real	2109	12,0	121
<b>Total</b>	<b>17527</b>	<b>100</b>	<b>1006</b>

De acordo com os resultados de estudos anteriores, não há muita variabilidade na população de pessoas idosas, o que poderá variar são as condições de cada estrutura residencial, determinantes na saúde dos seus residentes. Considerando que nas maiores ERPI estarão concentrados mais recursos e que estes influenciam a saúde de um maior número de pessoas idosas, foram incluídas na amostra todas as PI das maiores ERPI, de cada concelho, que aceitaram participar no estudo, até atingirmos o número mínimo pretendido para cada distrito.

Apresentamos em anexo as tabelas correspondentes ao número de ERPI e ao número de residentes da maior ERPI de cada concelho, por distrito (ANEXO II).

Na tabela 2 apresentamos o número de PI e ERPI, incluídas na amostra, por distrito. O número de cada ERPI representa a sua ordem de grandeza, sendo que a maior ERPI do distrito de Braga, não aceitou participar no estudo, assim como a segunda, quarta e quinta maiores ERPI do distrito do Porto.

**Tabela 2 - Amostra de estruturas residenciais para pessoas idosas e pessoas idosas do estudo.**

Distrito	Concelho	Pessoas idosas	
		n	%
Braga	ERPI 2 - Guimarães	98	8,3
	ERPI 3 – Vila Verde	101	8,6
	ERPI 4 - Esposende	86	7,3
	<b>Total do distrito</b>	<b>285</b>	<b>24,2</b>
Viana do Castelo	ERPI 1 – Viana do Castelo	142	12,1
	<b>Total do distrito</b>	<b>142</b>	<b>12,1</b>
Porto	ERPI 1 - Maia	127	10,8
	ERPI 3 – Vila Nova de Gaia	94	8,0
	ERPI 6 - Matosinhos	99	8,44
	ERPI 7 – Santo Tirso	88	7,5
	<b>Total do distrito</b>	<b>408</b>	<b>34,7</b>
Vila Real	ERPI 1 – Mondim de Basto	112	9,5
	ERPI 2 – Vila Real	70	5,9
	<b>Total do distrito</b>	<b>182</b>	<b>15,5</b>
Bragança	ERPI 1 - Mirandela	81	6,9
	ERPI 2 – Miranda do Douro	79	6,7
	<b>Total do distrito</b>	<b>160</b>	<b>13,6</b>
<b>Amostra total</b>		<b>1177</b>	<b>100,0</b>

Trata-se portanto, de uma amostra representativa da população, proporcional por distrito constituída pelas PI residentes na maior ERPI de cada concelho, que aceitou participar, até se atingir o número mínimo pretendido para cada distrito, e que como podemos observar, comparando as tabelas 1 e 2, foi ultrapassado em todos os distritos tendo sido atingido o *N total* de 1177 residentes em ERPI.

## 2.4 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos de recolha de dados, um para caracterização da ERPI, outro para avaliação da condição de saúde das pessoas idosas, foram construídos por nós, com base nos dados obtidos pela revisão da literatura, no instrumento de “avaliação da condição de saúde do adulto e do idoso” da equipa pedagógica do Curso de pós licenciatura e especialização em enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, à qual pertencemos, e na escala do autocuidado de Hernâni Duque (H. Duque, 2009; F. Petronilho & Machado, 2011).

O formulário de *caraterização da ERPI* (Anexo III) inclui os dados relativos ao ambiente residencial, que são comuns a todos as PI residentes na mesma ERPI e que como já foi referido, têm influência na sua saúde e bem-estar. Assim, inclui informações gerais como a capacidade e lotação, a direção técnica, a natureza jurídica da instituição e o regime de visitas, bem como o controlo de entradas e saídas. Informações relativas ao edifício, nomeadamente a acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada no interior e exterior, a existência de aquecimento e ar condicionado bem como os serviços de apoio disponíveis: gabinetes, salas de convívio, refeições, informática, biblioteca, capela e ginásio entre outros. Informações relacionadas com a alimentação, nomeadamente horários, número de refeições e tipo de dietas disponíveis, bem como a respetiva consistência e composição. Dados relacionados com os cuidados de higiene e vestuário, como regras institucionais, relativas ao horário e local dos cuidados de higiene e funcionário/grupo profissional responsável pela organização e supervisão dos mesmos. No que se refere à eliminação, informações relativas ao controlo das dejeções e promoção do autocontrolo da continência urinária. Oferta de exercício e atividades de lazer. Vigilância de saúde, nomeadamente periodicidade das consultas médicas e de enfermagem, dados relativos ao armazenamento, preparação e administração da medicação, às condições de utilização do material de uso clínico, gestão de resíduos e finalmente recursos humanos disponíveis.

O formulário de *avaliação da condição de saúde da pessoa idosa* (Anexo IV) inclui dados sociodemográficos do residente e da pessoa/familiar de referência, depois as relações familiares, causas e duração da institucionalização, seguido de informações relacionadas com os hábitos/estilos de vida que permitem aos enfermeiros identificar eventuais

necessidades de alterar ou ajustar os mesmos em função das doenças crónicas existentes e respetivo regime terapêutico. De acordo com a CIPE versão 1 (ICN, 2005) o padrão alimentar de uma pessoa constitui o seu hábito nesse domínio ou seja “...o conjunto de procedimentos ou atividades usuais...” ICN (2005, p. 45). Assim, o instrumento inclui dados relativos ao padrão alimentar e ingestão de líquidos, ao padrão de higiene e asseio pessoal, eliminação, exercício, lazer, sono e repouso. Inclui ainda dados relativos ao consumo de substâncias nocivas para a saúde, à vigilância de saúde e ao regime terapêutico, dados relativos aos processos corporais, às sensações, ao processo psicológico e ao processo espiritual, enquanto dimensões fundamentais da saúde e bem-estar das pessoas idosas. Finalmente a capacidade para o autocuidado, avaliada com recurso a uma escala que permitirá identificar o nível de dependência em cada domínio do autocuidado, bem como a necessidade e utilização de produtos de apoio ou ajudas técnicas destinadas a tornar as pessoas mais autónomas e/ou a facilitar o exercício do papel aos cuidadores.

Sempre que possível e/ou necessário os dados obtidos, foram completados pela aplicação de escalas de uso clínico, nomeadamente: a escala visual analógica de dor (EVA); a escala de dispneia e a escala de força muscular, do Medical Research Council (MRC); a escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão (UP); a escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta (DGS – 15), para avaliação do estado afetivo e o Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein para avaliar o estado cognitivo, propostas pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), no âmbito da avaliação geriátrica global (A. S. Duque, Gruner, Clara, Ermida, & Veríssimo, 2011); a escala de deglutição de O’Neill e a escala de avaliação do risco de queda, de J. H. Downton. Para avaliação do bem-estar espiritual utilizamos a Escala de avaliação espiritual, originalmente designada Spiritual Assessment Scale (SAS), validada para a população portuguesa por Ana Cristina Caramelo Rego (2008).

No anexo V, apresentamos todas as escalas utilizadas e no anexo VI a operacionalização das principais variáveis que compõem o formulário: *Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa*.

Para verificar as dificuldades ou falhas na aplicação dos instrumentos, bem como o tempo de preenchimento necessário, foi realizado o pré-teste. Este decorreu na mesma ERPI onde tínhamos realizado, antes de avançarmos para o projeto da presente investigação, um período de observação e um estudo exploratório, por se tratar de um contexto de prestação de cuidados de enfermagem, que não nos era familiar. Após o pré-teste foram efetuadas pequenas alterações e calculado o tempo médio de preenchimento de cada instrumento,

que foi de aproximadamente 50 minutos, para a avaliação da condição de saúde da pessoa idosa e 20 minutos, para a caracterização da ERPI.

A colheita de dados decorreu, no período compreendido entre Setembro de 2013 e Dezembro de 2014 e foi realizada na totalidade por nós, em todas as ERPI que aceitaram participar. Os dados foram colhidos diretamente com a pessoa idosa, de acordo com as suas possibilidades e pela consulta do processo clínico, para completar dados relativos às doenças crónicas ou ao regime medicamentoso, quando necessário. No caso das pessoas idosas sem capacidade para responder, foi realizado exame físico e foram consultados os registos no processo clínico, para obtenção dos restantes dados. Em todas as ERPI acedemos aos dados e processos disponíveis aos enfermeiros, exceto na ERPI 3 do distrito do Porto, onde não nos foi concedida autorização para consultar os processos clínicos. Também não nos foi permitido realizar o exame físico às PI que se encontravam na “enfermaria”, uma unidade funcional do lar com 60 camas (algumas para ocupações temporárias), onde se encontram PI mais dependentes e sem capacidade para permanecer no alojamento em quarto. Importa ainda referir que a instituição autorizou o estudo e que este impedimento se verificou na primeira vez que nos deslocamos à “enfermaria”, depois de termos avaliado quase metade das PI com capacidade para se deslocarem ao gabinete, que nos foi indicado para a colheita de dados. O responsável colocou algumas questões relacionadas com o consentimento da família, não permitindo o acesso, nem aos processos, nem às PI até que obtivéssemos da direção um documento que especificasse a autorização para colher os dados na enfermaria, referindo que habitualmente a autorização da direção, para outros estudos frequentemente realizados na instituição, não incluía a enfermaria. Contactamos novamente a direção, mas até terminarmos a colheita de dados às PI que não se encontravam na enfermaria, não obtivemos resposta. Nessa altura insistimos uma última vez e foi-nos transmitido telefonicamente que o acesso à enfermaria não seria possível. Assim, neste lar, participaram no estudo as PI com capacidade para se deslocarem ao gabinete, que nos foi indicado para a colheita de dados.

O processo clínico está fisicamente separado do processo social (ambos constituem o processo individual, legalmente exigido). Em geral, o processo clínico encontra-se no gabinete médico ou de enfermagem e o processo social no gabinete do diretor técnico ou da assistente social. Os processos clínicos encontravam-se em alguns casos, bastante incompletos relativamente aos dados sociodemográficos da PI e do familiar de referência, que provavelmente estariam na parte do processo individual a que não tivemos acesso. Por



este motivo não foi possível obter para todas as PI e familiares de referência, os dados necessários a uma caracterização sociodemográfica, completa.

A diversidade de impressos ou formulários utilizados nos processos clínicos e também em alguns casos a sua ausência (que obrigou a procurar a informação necessária no texto livre das notas clínicas), dificultaram o processo de consulta e implicaram um gasto acrescido de tempo, que prolongou o período de recolha de dados, além do previsto. Em alguns casos não foi possível obter os dados pretendidos, pela escassez ou ausência de registos nos processos clínicos. Foi-nos referido, pelos enfermeiros que a informação clínica que acompanha a PI quando ingressa no lar é geralmente muito escassa. Quando a PI é capaz de comunicar e fornecer as informações necessárias é mais fácil (embora em alguns casos as informações que a PI fornece não sejam registadas). Quando a PI não é capaz de comunicar é necessário recorrer à família, que dispõe, a maioria das vezes, de muito pouca informação relativa à saúde da PI. Na maioria das ERPI não é realizada avaliação periódica de enfermagem e os dados da avaliação inicial (quando existem) estão frequentemente desatualizados, motivo pelo qual as avaliações foram realizadas por nós, na totalidade.

Atendendo à riqueza dos relatos das pessoas idosas, e ao tempo de permanência em cada ERPI, durante a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, fomos registando excertos e observações, que consideramos importantes para complementar a descrição e compreensão dos resultados estatísticos obtidos. Trata-se de dados qualitativos, referentes a expressões, sentimentos e opiniões das pessoas idosas proferidas na sequência das questões objetivas contidas nos instrumentos de colheita de dados, e à nossa observação, que ilustram a análise e discussão dos resultados obtidos.

Após a recolha de dados estes foram inseridos na base de dados, criada no IBM® SPSS®, para os dados do instrumento de avaliação da condição de saúde das pessoas idosas, de modo a criar o ficheiro que permitiu o seu tratamento quantitativo (C. Martins, 2011).

Na descrição das características da amostra em estudo, as variáveis contínuas foram descritas pela média, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis categóricas pela frequência absoluta e relativa (%).

A análise da distribuição normal das variáveis contínuas foi realizada pelo teste de *Kolmogorov - Smirnov*. Nem todas as variáveis da amostra apresentaram uma distribuição normal, mas pelo tamanho da amostra (teorema do limite central, superior a 30) optou-se pela utilização de testes paramétricos.

Na comparação de médias de variáveis contínuas entre dois grupos usou-se o *test t* de *Student* para amostras independentes. Analisou-se a homogeneidade de variâncias pelo teste de *Levene*.

Na comparação entre médias para três ou mais grupos em análise utilizou-se o teste de *análise de variância* (ANOVA) a um fator. O pressuposto de homogeneidade de variância foi validado com o teste de *Levene*. Foram realizados, testes pós-comparação (*pós-hoc*) para ver as diferenças entre grupos; o teste pós-hoc escolhido foi o teste de *Bonferroni*.

A associação entre as variáveis categoriais foi realizada pelo teste do qui-quadrado ou pelo teste de *Fisher* quando aplicável. A análise da correlação das variáveis quantitativas foi realizada pelo *coeficiente de Pearson*.

A regressão linear múltipla com seleção de variáveis pelo método *stepwise* foi utilizada para obter um modelo de previsão do nível global de dependência no autocuidado em função das variáveis independentes. As variáveis independentes foram a satisfação global, a idade, o estado mental, o sexo, o compromisso dos processos corporais, o grau de incentivo ao autocuidado, e a intensidade de cuidados. Analisaram-se os pressupostos do modelo de regressão, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros.

A identificação de agrupamentos de pessoas idosas no estudo foi efetuada com uma análise de *clusters* com o método *two-step*. Com a análise de *clusters* identificaram-se grupos de acordo com o estilo de autocuidado das pessoas idosas e grupos de acordo com o nível global de dependência no autocuidado. As variáveis selecionadas para o modelo de agrupamento por estilos de autocuidado foram a satisfação com a vida, a atitude perante a vida e expectativas futuras. Para o modelo de agrupamento por nível global de dependência no autocuidado selecionou-se a variável, score de autocuidado global (Pestana & Gageiro, 2003).

A escala de autocuidado utilizada foi testada e validada no estudo Duque (2009) e com ligeiras alterações introduzidas posteriormente, no estudo de Petronilho, Magalhães, Machado, & Vieira (2010) mas não nesta população, pessoas idosas residentes em ERPI. Face ao exposto optamos por analisar a sua fidelidade. Para cada dimensão de autocuidado calculou-se um score médio do número total de itens que a compõe.

A análise descritiva do score de cada dimensão do autocuidado foi realizada pela média e desvio-padrão. Para o score total, de todas as dimensões do autocuidado calculou-se a média total de todos os scores calculados para cada dimensão. Para analisar a adequabilidade das dimensões que constituem cada domínio do autocuidado, realizou-se

uma análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais (ACP). Analisou-se a adequação da amostra para a análise fatorial pelos testes *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de esfericidade de *Bartlett*. A extração dos componentes principais na ACP foi realizada pelo método *Varimax*. A consistência interna da escala foi avaliada pelo *alfa de Cronbach* (Pestana & Gageiro, 2003).

Os testes estatísticos foram efetuados bilateralmente considerando um nível de significância de 5%. A análise estatística dos dados foi efetuada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *Version 22.0*.

## 2.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Durante o desenvolvimento da investigação foram garantidos os princípios éticos relacionados com o sigilo da informação obtida através dos instrumentos de recolha de dados e pela consulta dos processos clínicos. Participaram no estudo as ERPI e os residentes que voluntariamente se disponibilizaram a integrar a investigação, após consentimento informado, livre e esclarecido. As ERPI manifestaram o seu consentimento respondendo ao pedido enviado, por carta, por correio eletrónico ou oralmente (em presença ou via telefone). As PI capazes de comunicar manifestaram o seu consentimento verbalmente. Relativamente às PI sem capacidade de comunicar, residentes em ERPI, que aceitaram participar no estudo, atendemos ao princípio da beneficência, considerando que a pessoa ao participar não incorre em nenhum risco e que com o estudo poderemos melhorar a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (A. Rego, 2010). De acordo com este princípio, além de não provocar o mal, temos o dever de promover positivamente o bem, motivo pelo qual não as excluimos.

Os instrumentos de caracterização das ERPI e os instrumentos de avaliação da condição de saúde da pessoa idosa foram codificados com um código alfa numérico. Apresentamos como exemplo o código D1L2, que se refere ao Lar com ordem de grandeza dois (ou seja a segunda maior) do distrito 1, que corresponde a Braga. Para os instrumentos de avaliação da condição de saúde, apresentamos como exemplo o código D1L2I1, que corresponde à primeira pessoa idosa avaliada, no segundo maior lar, ou ERPI, do distrito de Braga.

Para o desenvolvimento do estudo foi enviado um pedido de autorização escrito para a sua concretização (Anexo VII), juntamente com o projeto de investigação e o parecer ético da comissão científica, às instituições envolvidas.

### **3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo iremos apresentar os resultados do estudo, começando pela análise estatística descritiva seguida da análise inferencial e de acordo com os objetivos do estudo.

#### ***Pessoas com menos de 65 anos residentes em Lar***

Como se pode observar na tabela 3, em quase todos os lares encontramos um pequeno grupo de pessoas com menos de 65 anos (4% dos residentes) que, apesar de não serem idosas, considerando o critério da idade, se encontram em lares por motivos diversos: alguns apresentam deficiência física ou mental e acompanharam os pais quando estes ingressaram no lar, de modo a garantir a assistência necessária, para si próprios e para os filhos; outros sofreram algum acidente ou doença aguda que os tornou grandes dependentes e o lar foi a resposta encontrada pelas famílias e/ou pelas companhias de seguros, para garantir a continuidade dos cuidados. Na sua maioria, ingressaram no lar, antes da criação da rede nacional de cuidados continuados integrados, em que a oferta de cuidados de saúde e sociais, adequados às suas necessidades, era ainda mais escassa.

O lar 7 do distrito do Porto é aquele onde encontramos mais residentes com menos de 65 anos, porque o principal critério de admissão nesta instituição é a dependência, apesar de ser uma estrutura residencial para pessoas idosas.

Estas pessoas constituem um grupo particular com necessidades de cuidados específicas, que não se enquadram nos lares, nem nos objetivos deste estudo.

Uma vez que pretendemos estudar as necessidades em cuidados de enfermagem das PI residentes em lares, para continuação do estudo excluímos os 46 residentes com menos de 65 anos, ficando assim com uma amostra de 1131 pessoas idosas e 12 lares ou estruturas residenciais para pessoas idosas.

**Tabela 3 - Distribuição das pessoas com menos de 65 anos pelos lares, que integraram o estudo.**

Distrito		Residentes com idade inferior a 65 anos
Braga	2	1
	Lar 3	4
	4	5
	<b>Total</b>	<b>10</b>
Viana do castelo	Lar 1	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>
Porto	1	1
	Lar 3	1
	6	0
	7	16
	<b>Total</b>	<b>18</b>
Vila Real	Lar 1	7
	2	3
	<b>Total</b>	<b>10</b>
Bragança	Lar 1	3
	2	4
	<b>Total</b>	<b>7</b>
	<b>Total global</b>	<b>46</b>

### *Caraterização sociodemográfica*

Como se pode verificar na tabela 4, as PI que participaram no estudo (N = 1131), apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos, com uma idade média de 83,7 anos e um desvio padrão de 7,3 anos. A idade média de ingresso no lar é de 77,5 anos (DP = 9,1), variando entre os 18 e os 100 anos. Relativamente ao tempo de permanência no lar varia entre alguns meses e 59 anos, sendo em média de 6,2 anos (DP= 6,0).

**Tabela 4 - Idade, idade de ingresso e tempo de permanência no lar.**

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	1131	65	102	83,69	7,32
Idade de ingresso no lar	1131	18	100	77,46	9,13
Anos de permanência no lar	1131	0	59	6,23	6,02

A maioria, 69,6%, tem 80 ou mais anos, pertencendo portanto ao grupo etário dos muito idosos.

**Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Nº de filhos</b>	1118	0	16	1,68	2,03
				<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grupo etário</b>	65- 80 Anos			344	30,4
	80- 90 Anos			590	52,2
	Mais de 90 anos			197	17,4
<b>Sexo</b>	Masculino			323	28,6
	Feminino			808	71,4
<b>Estado Civil</b>	Casado/ união de facto			157	13,9
	Solteiro/a			308	27,2
	Viúvo/a			632	55,9
	Divorciado/a			34	3,0
<b>Nível de escolaridade</b>	Analfabeto			330	29,2
	1º Ciclo			519	45,9
	2º Ciclo			52	4,6
	3º Ciclo			13	1,1
	Ensino secundário			37	3,3
	Ensino superior			5	0,4
	Sem informação			175	15,5
<b>Profissão</b>	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas			4	0,4
	Técnicos e profissionais de nível intermédio			17	1,5
	Pessoal administrativo e similares			31	2,7
	Pessoal dos serviços e vendedores			149	13,2
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas			6	0,5
	Operários, artífices e trabalhadores similares			93	8,2
	Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem			80	7,1
	Trabalhadores não qualificados			336	29,7
	Doméstico			216	19,1
	Outra			29	2,6
	Sem informação			170	15,0

São maioritariamente, do sexo feminino, 71,4%, e viúvas, 55,9%, com um número de filhos vivos, que varia entre 0 e 16, sendo em média 2, com um desvio padrão também de 2. No que se refere à escolaridade, cerca de 46% frequentaram o 1º Ciclo, 29% são analfabetas e 9,4% apresentam outros níveis de escolaridade. Relativamente à profissão, aproximadamente 30% foram trabalhadores não qualificados, 19% domésticas e 13% pessoal dos serviços e vendedores. Para aproximadamente 15% da amostra não foi possível obter informação relativa à escolaridade e profissão, como se observa na tabela 5.

### ***Relações familiares e causas da institucionalização***

A maioria das PI tem uma pessoa de referência, 91,1%, maioritariamente familiar, mais concretamente filho(a), que não coabitava com a PI no momento de ingresso na ERPI (Tabela 6).

**Tabela 6 - Caraterização da pessoa de referência.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pessoa/familiar de referência</b>	Não	42	3,7%
	<b>Sim</b>	<b>1030</b>	<b>91,1%</b>
	Sem informação	59	5,2%
<b>Parentesco com a PI</b>	<b>Filho/a</b>	<b>569</b>	<b>55,0%</b>
	Marido/esposa	53	5,1%
	Irmã/o	145	14,0%
	Sobrinho/a	155	15,0%
	Neto/a	23	2,2%
	Nora/genro	9	0,9%
	Cunhado/a	10	1,0%
	Primo/a	24	2,3%
	Sem parentesco	47	4,5%
<b>Coabitava com a PI</b>	<b>Não</b>	<b>676</b>	<b>65,5%</b>
	Sim	145	14,1%
	Informação não disponível	211	20,4%

Os familiares de referência são maioritariamente do sexo feminino, 56,7%, com idades compreendidas entre os 16 e os 91 anos, a idade média é de 59,1 anos (DP =13). A maioria, 40,5%, ainda se encontram no ativo e 30,3%, estão já reformados. Relativamente



à profissão, a maioria das PI não soube informar sobre a profissão do familiar de referência, referindo por vezes, apenas o local de trabalho; 15,8% são pessoal dos serviços e vendedores e 12,1% domésticas (Tabela 7).

**Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos familiares de referência.**

		<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade do familiar de referência</b>		628	16	91	59,14	13,073
		<b>n</b>			<b>%</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino	446			43,3%	
	Feminino	585			56,7%	
<b>Profissão</b>	Membros das forças armadas	0			0,0%	
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	12			1,2%	
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	29			2,8%	
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	60			5,8%	
	Pessoal administrativo e similares	89			8,6%	
	Pessoal dos serviços e vendedores	163			15,8%	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2			0,2%	
	Operários, artífices e trabalhadores similares	53			5,1%	
	Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	40			3,9%	
	Trabalhadores não qualificados	90			8,7%	
	Domestico	125			12,1%	
	Outra	10			1,0%	
	Informação não disponível	360			34,8%	
<b>Condição laboral</b>	Ativo	418			40,5%	
	Reformado	313			30,3%	
	Desempregado	28			2,7%	
	Estudante	3			0,3%	
	Outra	2			0,2%	
	Informação não disponível	269			26,0%	

Como se pode observar na tabela 8, relativamente ao motivo de ingresso no lar, o mais frequente foi viver só, 31,8%. A impossibilidade da família, por complexidade/ intensidade de cuidados, foi o motivo principal apontado por 8,8% das PI e 13,4% referem outros motivos, como não ter casa ou para acompanhar o marido/esposa, que apresentava necessidades de cuidados que o cônjuge não tinha capacidade para assegurar. A maioria das PI concordaram com a decisão de ingressar no lar, 63,2%, embora apenas 13,4%

refiram ter ingressado por decisão própria e 5% referem não ter concordado com a decisão, sendo que 1,2% apontam a falta de vontade da família para tomar conta como motivo principal.

**Tabela 8 - Motivo de ingresso no lar e concordância com a decisão.**

<b>Motivo de ingresso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Decisão própria	152	13,4
Viver só	360	31,8
Falta de vontade da família	14	1,2
Complexidade / intensidade de cuidados	99	8,8
Outro motivo	151	13,4
Não responde	355	31,4
<b>Concordância com a decisão</b>		
Concordou com a decisão	715	63,2
Não concordou com a decisão	57	5,0
Não responde	359	31,7
<b>Total</b>	<b>1131</b>	<b>100,0</b>

A maioria das PI recebe visitas semanalmente, 35,4%, ou mensalmente, 20,7%; 19,6%, recebem visitas diariamente ou várias vezes por semana, 19,4% recebem visitas esporádicas e 9,4%, nunca têm visitas. A maioria das PI, 49%, refere nunca sair do lar, 15% saem diariamente e 15,4% esporadicamente; os restantes saem semanal ou mensalmente. Em geral, a frequência das visitas e das saídas vai diminuindo com o tempo de permanência no lar. Inicialmente as PI que não apresentam dificuldade na marcha, saem com regularidade e são normalmente elas que se deslocam a casa da família. À medida que o tempo vai passando e as dificuldades na marcha vão aparecendo, as saídas vão sendo menos frequentes, muitas vezes porque a própria PI acha que vai dar muito trabalho, é confrontada com dificuldades e sente-se mais protegida no lar, sendo ela própria a recusar-se a sair (tabela 9).

**Tabela 9 - Frequência das visitas e saídas das pessoas idosas.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frequência das visitas</b>	Várias vezes semana	222	19,6%
	1 X semana	400	35,4%
	1 X mês	234	20,7%
	Esporadicamente	169	14,9%
	Sem visitas	106	9,4%
<b>Frequência de saídas da PI</b>	Diariamente	170	15,0%
	1 X semana	137	12,1%
	1 X mês	96	8,5%
	Esporadicamente	174	15,4%
	Nunca	554	49,0%

***Hábitos /Estilos de Vida***

A pessoa enquanto ser social e agente intencional de comportamentos baseados nas crenças e desejos de natureza individual é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que vive e se desenvolve do mesmo modo que o ambiente é modificado pela pessoa, num processo contínuo de interação e procura de equilíbrio e harmonia. O ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, sociais, políticos, organizacionais, económicos e culturais, que condicionam e influenciam os estilos de vida repercutindo-se na saúde. Na prática dos cuidados os enfermeiros devem focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (Conselho de Conselho de Enfermagem, 2001).

Assim, relativamente aos hábitos e estilos de vida iremos apresentar os resultados referentes às PI com capacidade para tomar decisões sobre os mesmos, ou seja sem alterações do estado de consciência, do estado cognitivo e do estado mental (n= 388). Trata-se de uma subamostra de PI com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, com uma idade média de 82,3 anos e um desvio padrão de 6,5 anos. São maioritariamente do sexo feminino, 67,5%, e viúvas, 49,7%, seguindo o mesmo padrão da amostra total.

## *Hábitos alimentares*

**Tabela 10 - Hábitos alimentares das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Nº de refeições/dia	388	1	7	4,38	0,80
	<b>n</b>	<b>%</b>			
Dieta habitual	Geral	330	85,1%		
	Dieta	58	14,9%		
	Outras	0	0,0%		
Consistência	Normal	307	79,1%		
	Mole	66	17,0%		
	Pastosa	10	2,6%		
	Líquida	2	0,5%		
	Normal com carne/peixe passado	3	0,8%		
Bebe habitualmente água	Não	17	4,4%		
	Sim	371	95,6%		
Bebe habitualmente vinho	Não	203	52,3%		
	Sim	185	47,7%		
Bebe habitualmente refrigerantes	Não	371	95,6%		
	Sim	17	4,4%		
Bebe habitualmente chá	Não	263	67,8%		
	Sim	125	32,2%		
Bebe habitualmente outras bebidas	Não	326	84,0%		
	Sim	62	16,0%		
Bebe água fora das refeições	Não	53	13,7%		
	Sim	335	86,3%		
Inger alimentos além dos fornecidos	Não	112	28,9%		
	Sim	276	71,1%		

Como podemos observar na tabela 10 para caracterizar o estilo de vida das PI, no que se refere aos hábitos alimentares, incluímos as variáveis: número de refeições diárias, dieta habitual e consistência da mesma, bebidas habituais, ingestão de água fora das refeições e ingestão de alimentos além dos fornecidos pela ERPI.

O número de refeições diárias varia entre 1 e 7, sendo a média de 4,3 (0,8).

A maioria das PI faz dieta geral, 85,1%, com consistência normal, 79,1%, e bebe habitualmente água, 95,6%; 47,7%, bebem vinho pelo menos numa refeição, geralmente ao almoço. Quase todas bebem água fora das refeições, 86,3%, e ingerem habitualmente alimentos além dos fornecidos pelo lar 71,1%.

A maioria das PI, 60,3%, apresenta dentição francamente incompleta e 37,6%, apresentam ausência total de dentes. Relativamente ao uso de prótese, 51,8% usam prótese superior e 42,8%, prótese inferior (Tabela 11).

**Tabela 11 - Dentição e uso de prótese dentária pelas pessoas idosas residentes em lares da região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Dentição	Completa ou quase completa	8	2,1
	<b>Incompleta</b>	<b>234</b>	<b>60,3</b>
	Sem dentes	146	37,6
	Total	388	100,0
Prótese superior	Não	187	48,2
	<b>Sim</b>	<b>201</b>	<b>51,8</b>
	Total	388	100,0
Prótese inferior	<b>Não</b>	<b>222</b>	<b>57,2</b>
	Sim	166	42,8
	Total	388	100,0

### ***Hábitos de higiene e asseio pessoal***

Os hábitos de higiene e asseio pessoal incluem: a frequência e o tipo de banho, a frequência de lavagem das mãos, dentes e cabelo, a frequência com que penteia o cabelo, vai ao barbeiro/cabeleireiro, desfaz a barba ou aplica maquilhagem, aplica creme hidratante e desodorizante ou perfume, e ainda a frequência com que corta/cuida das unhas das mãos e dos pés, como se pode observar na tabela 12.

As PI tomam banho geral, em média, 3 vezes por semana e banho parcial em média 5 vezes.

**Tabela 12 - Hábitos de higiene e asseio pessoal das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Banho geral - frequência semanal	387	,00	7,00	2,95	2,44
Banho parcial - frequência semanal	298	,00	7,00	5,00	1,61
Frequência semanal lavagem do cabelo	388	,25	7,00	1,72	1,56
Frequência diária lavagem das mãos	388	1,00	6,00	3,00	1,28
Frequência diária lavagem dos dentes	388	,00	5,00	1,44	1,02
Nº de vezes/dia que penteia o cabelo	388	,00	4,00	1,24	,56
Nº de vezes /mês que vai ao cabeleireiro	388	,00	8,00	,81	,95
Nº de vezes/semana que desfaz a barba	126	1,00	7,00	4,29	2,10
Nº de vezes/semana que aplica desodorizante	388	,00	7,00	1,73	2,91
Nº de vezes/mês que cuida das unhas das mãos	388	,00	4,00	1,20	,54
Nº de vezes/semana que aplica creme hidratante	388	,00	7,00	1,94	2,76
Nº de vezes/semana que aplica maquiagem	268	,00	7,00	,60	1,93
Nº de vezes/mês que cuida dos pés	388	,00	2,00	,90	,24

A frequência de lavagem do cabelo varia entre diariamente e uma vez por mês. A frequência diária de lavagem das mãos varia entre 1 e 6, sendo que em média as PI lavam as mãos 3 vezes por dia. A higiene oral varia entre 0 e 5 vezes por dia, sendo que em média lavam os dentes uma vez por dia. O cabelo é penteado em média uma vez por dia. A frequência de idas ao cabeleireiro/barbeiro oscila entre 0 e 8 vezes por mês, sendo em média uma vez. O número de vezes, por semana que aplicam creme hidratante e aplicam desodorizante ou perfume, oscila entre 0 e 7, sendo em média duas vezes. A frequência com que cuidam das unhas das mãos e dos pés é em média uma vez por mês. O número de vezes, por semana, que as PI do sexo masculino desfazem a barba varia entre 1 e 7, a média é 4 vezes por semana. As senhoras aplicam maquiagem muito poucas vezes, entre 0 e 7 vezes por semana, a média é uma vez de duas em duas semanas, aproximadamente.

Relativamente aos cuidados com os pés, além de cortar as unhas, numa das ERPI, as PI referiram que durante algum tempo, antes do período de recolha de dados, a instituição tinha podologista e que sentem atualmente muita falta desses cuidados, noutras ERPI algumas PI referiram o recurso regular a estes profissionais, no exterior da ERPI.

### ***Hábitos de eliminação***

Caraterizam os hábitos de eliminação intestinal, a frequência e local das dejeções, a continência de fezes e a presença ou não de colostomia. Os hábitos de eliminação urinária incluem a continência urinária e no caso de incontinência o tipo, a presença de sonda vesical, o local das micções e o uso de produtos de apoio, como o penso de incontinência, fralda ou cueca descartável.

Como se pode observar na tabela 13, quase todas as PI tem continência de fezes, 97,2%, e a maioria tem continência de urina, 55,1%. O tipo de incontinência urinária mais frequente é a urgência, 24%. O local mais frequente para as dejeções e micções é a sanita/wc, 96,9% e 88,7%, respetivamente. O penso de incontinência é o produto de apoio mais utilizado, 16,8%. A frequência de dejeções varia entre 0 e 18 dejeções por semana, a média é 5,1 com um desvio padrão de 2. Embora não disponhamos de dados quantitativos, que corroborem a nossa observação (uma das limitações do estudo) podemos afirmar que muitas PI tomam regularmente laxantes, frequentemente sem prescrição, ou recorrem a produtos naturais, como o chá de sene.

**Tabela 13 - Hábitos de eliminação das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		n	%	
Colostomia	Não	386	99,5%	
	Sim	2	0,5%	
Incontinência de fezes	Não	377	97,2%	
	Sim	11	2,8%	
Normalmente em que local evacua	Sanita	376	96,9%	
	Fralda	10	2,6%	
	Saco colostomia	2	0,5%	
Incontinência urinária	Continente	211	55,1%	
	Incontinente	172	44,9%	
Urgência urinária	Sem incontinência de urgência	291	76,0%	
	Com incontinência de urgência	92	24,0%	
Incontinência de esforço	Sem incontinência de esforço	346	90,3%	
	Com incontinência de esforço	37	9,7%	
Algaliação	Não	382	98,5%	
	Sim	6	1,5%	
Uso de fralda	Não	324	83,5%	
	Só de noite	31	8,0%	
	Sim	33	8,5%	
Uso de cueca descartável	Não	361	93,0%	
	Sim	27	7,0%	
Penso de incontinência	Não	323	83,2%	
	Sim	65	16,8%	
Local habitual das micções	Sanita/cadeira/arrastadeira/urinol	344	88,7%	
	Fralda	16	4,1%	
	Sanita de dia e fralda de noite	22	5,7%	
	Saco coletor	5	1,3%	
	Não urina	1	0,3%	
Frequência de dejeções por semana	Mínimo	Máximo	Média	DP
	1	18	5,10	2,07

### ***Hábitos de exercício e lazer***

Os hábitos de exercício e lazer têm, na saúde das PI, um efeito que pode ser considerado semelhante. Estão frequentemente associados, na medida em que muitas atividades de lazer implicam um aumento da atividade física.



Como se pode observar na tabela 14, os hábitos de exercício incluem o tipo de exercício praticado e a frequência semanal. Os hábitos de lazer incluem as atividades de lazer realizadas pela PI.

**Tabela 14 - Hábitos de exercício e lazer das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Hábitos de exercício	Não	145	37,5%
	<b>Sim</b>	<b>237</b>	<b>61,2%</b>
	Sem capacidade	5	1,3%
Caminhada	Não	117	49,4%
	<b>Sim</b>	<b>120</b>	<b>50,6%</b>
Ginástica	Não	95	40,1%
	<b>Sim</b>	<b>142</b>	<b>59,9%</b>
Hidroginástica	Não	232	97,9%
	Sim	5	2,1%
Outro tipo de exercício	Não	217	91,6%
	Sim	20	8,4%
Atividades de lazer	Não	32	8,2%
	<b>Sim</b>	<b>356</b>	<b>91,8%</b>
	Sem capacidade	0	0,0%
Jogos de cartas/tabuleiro	Não	298	82,5%
	Sim	63	17,5%
Trabalhos manuais	Não	276	76,5%
	Sim	85	23,5%
Ver televisão	Não	134	37,1%
	<b>Sim</b>	<b>227</b>	<b>62,9%</b>
Passear	Não	266	73,7%
	Sim	95	26,3%
Ler	Não	241	66,8%
	Sim	120	33,2%
Ouvir musica/radio	Não	318	88,1%
	Sim	43	11,9%
Outras atividades de lazer	Não	220	60,9%
	Sim	141	39,1%

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Frequência de exercício semanal	236	1	7	4,37	2,25

A maioria das PI tem hábitos de exercício, 61,2%. O tipo de exercício mais frequente é a ginástica, 59,9%, seguida das caminhadas, 50,6% e depois outro tipo de exercícios como natação, bicicleta ou dança, 8,4%. A prática de exercício varia entre 1 e 7 vezes por semana, com uma média de 4,3 e um desvio padrão de 2,2.

As atividades de lazer, muitas vezes deixadas para segundo plano, ao longo da vida, assumem nesta fase um papel importante pois sendo atividades que a pessoa gosta de realizar, facilitam a manutenção de uma vida ativa, estimulando a pessoa a nível físico, mental e social de acordo com as preferências individuais.

A maioria das PI refere ter atividades lazer, 91,8%, embora seja a televisão a mais frequente, 62,9%; 39,1% têm outras atividades como canto coral, cuidar de algumas áreas do lar, como a capela, o jardim ou a biblioteca, 33,2% refere ler, 26,3% passear, 23,5% fazem trabalhos manuais, 17,5% preferem os jogos de cartas/tabuleiro e 11,9% referem ouvir música, geralmente no rádio.

### ***Hábitos de sono e repouso***

A avaliação dos hábitos de sono e repouso inclui número de horas de sono, a hora habitual de deitar e levantar, se a PI tem ou não hábitos de sesta, se toma medicação para dormir, se costuma preparar-se para dormir e o que faz habitualmente e finalmente se se sente ou não descansada depois de dormir, se tem ou não alterações do sono e em caso afirmativo, quais. Consideramos ainda, a existência de condições ambientais que dificultam o sono, como a luminosidade, ruído, calor, frio ou outras.

Como podemos observar na tabela 15, o número de horas de sono varia entre 4 e 10, sendo em média de 7 horas por noite. A hora habitual de deitar varia entre a 1 e as 24 h, sendo em média, pelas 21 horas. A hora de levantar varia entre as 5 e as 10 h da manhã, sendo em média, pelas 7,30 horas.

A maioria das PI não tem hábitos de sesta, 61,9%, toma medicação para dormir, 62,1%, e quase todas se preparam para dormir, 95,6%. A atividade de preparação para dormir mais frequente é vestir o pijama/camisa de dormir, 91,4%, seguida de ir ao wc, 78,6%, e apagar a luz, 66,4%. A maioria sente-se descansada depois de dormir, 93,3%, e não tem alterações de sono, 69,6%. Quando existem alterações do sono a mais frequente é a dificuldade em adormecer, 72,8%.

**Tabela 15 - Hábitos de sono e repouso das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Nº de horas de sono diárias	381	4	10	7,05	1,17
Hora habitual de deitar	385	1	24	20,84	2,60
Hora habitual de levantar	385	5	10	7,30	,85

	n	%
Hábitos de sesta	<b>Não</b> Sim	<b>239</b> 147 <b>61,9%</b> 38,1%
Medicação para dormir	Não toma medicação <b>Toma medicação</b>	147 <b>241</b> 37,9% <b>62,1%</b>
Prepara-se para dormir	Não <b>Sim</b>	17 <b>371</b> 4,4% <b>95,6%</b>
Veste pijama/camisa de dormir	Não <b>Sim</b>	32 <b>341</b> 8,6% <b>91,4%</b>
Vai ao WC	Não <b>Sim</b>	80 <b>293</b> 21,4% <b>78,6%</b>
Trocar fralda descartável	Não Sim	348 25 93,3% 6,7%
Colocar fralda descartável	Não Sim	339 34 90,9% 9,1%
Apagar a luz	Não <b>Sim</b>	132 <b>241</b> 35,4% <b>64,6%</b>
Prepara-se para dormir-outras medidas	Não Sim	317 56 85,0% 15,0%
Sente-se descansado depois de dormir	Não <b>Sim</b>	26 <b>362</b> 6,7% <b>93,3%</b>
Alterações do sono	Não Sim	270 116 69,6% 29,9%
Acorda cedo	Não Sim	82 33 71,3% 28,7%
Tem dificuldade em adormecer	Não <b>Sim</b>	31 <b>83</b> 27,2% <b>72,8%</b>

A maioria das PI refere que as condições ambientais não dificultam o sono, 61,7%. Entre as condições que perturbam o sono, a mais frequente é o ruído, 86% (tabela 16).

**Tabela 16 - Condições ambientais que perturbam o sono nos lares da região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
As condições ambientais dificultam o sono	<b>Não</b>	<b>698</b>	<b>61,7%</b>
	Sim	93	8,2%
	Não responde	340	30,1%
Ruido	Não	13	14,0%
	<b>Sim</b>	<b>80</b>	<b>86,0%</b>
Luminosidade	Não	77	82,8%
	<b>Sim</b>	<b>16</b>	<b>17,2%</b>
Calor	Não	89	95,7%
	Sim	4	4,3%
Frio	Não	93	100,0%
	Sim	0	0,0%
Outras causas	Não	87	93,5%
	Sim	6	6,5%

***Consumo de substâncias***

O consumo de substâncias inclui o consumo excessivo de álcool e o consumo de tabaco ou outras substâncias, que na nossa amostra não se verificou. Como se pode observar na tabela 17 o consumo de substâncias é muito reduzido, 5,2%, sendo o álcool e o tabaco as únicas substâncias consumidas em percentagens iguais, 2,6%.

**Tabela 17 - Hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Consumo de substâncias	Não	368	94,8%
	Sim	20	5,2%
Consumo de tabaco	Não	378	97,4%
	Sim	10	2,6%
Consumo de álcool	Não	378	97,4%
	Sim	10	2,6%

***Vigilância de saúde***

Atendendo às diferenças entre os lares no que se refere à organização dos cuidados de saúde, relativamente às consultas de vigilância incluímos apenas as que dependem da vontade e decisão da pessoa idosa, nomeadamente as consultas de vigilância fora do lar da responsabilidade da PI ou da família, bem como a sua periodicidade e as consultas no dentista.

Na tabela 18 podemos observar que a maioria das PI, 52,1%, não tem consultas de vigilância além das garantidas pelo lar e não costuma ir ao dentista, 87,6%, a não ser em situações de extrema urgência.

**Tabela 18 - Vigilância de saúde das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Consultas de vigilância fora do lar	<b>Não</b>	<b>202</b>	<b>52,1%</b>
	Sim	186	47,9%
Costuma ir ao dentista com regularidade	<b>Não</b>	<b>340</b>	<b>87,6%</b>
	Sim	48	12,4%

A periodicidade das consultas de vigilância, além das asseguradas pelo lar, que 49,7% das PI refere procurar, varia entre uma por ano e uma por mês, sendo a média de 2,4 (DP=2,0), por ano (tabela 19).

**Tabela 19 - Frequência das consultas de vigilância das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Periodicidade das consultas/ano	188	1	12	2,40	2,00

### ***Condição de saúde atual***

Para avaliar a condição de saúde atual das PI consideramos as variáveis: *antecedentes clínicos relevantes; doenças crônicas; consumo de medicamentos; complexidade do regime medicamentoso*, que inclui a *variedade de fármacos, número de tomas/dia e número de fármacos por toma; compromisso dos processos corporais e risco; processo psicológico; sensações; estado de consciência; estado mental; estado cognitivo; e bem-estar espiritual*. A adesão às recomendações terapêuticas e o n° de episódios de recurso ao serviço de urgência e episódios de internamento no último ano, também foram incluídos. A adesão porque pode condicionar o estado de saúde e os episódios de urgência e internamento enquanto indicadores da eficácia da gestão do regime terapêutico e do estado de saúde.

Consideramos nesta avaliação a amostra total (N=1131).

### ***Processos corporais, antecedentes clínicos e doenças crônicas***

Como se observa na tabela 20, a maioria das PI tem antecedentes clínicos relevantes, 80,6%, e doenças crônicas, 97,1%.

Relativamente aos antecedentes clínicos o mais frequente é a cirurgia ortopédica, 40,7%, nomeadamente a PTA e PTJ. Outros antecedentes, como as cirurgias por neoplasia, cirurgias ginecológicas e colecistectomia, entre outros, somam 71,3%. O AVC ocorreu em 25,6% das PI e a cirurgia cardíaca é o antecedente menos frequente, 6,5%.

A doença crónica mais frequente é HTA, 59,8%, seguida de outras doenças, como epilepsia, doença prostática, doença de Parkinson e anemia, que perfazem 48,6 %. Depois a dislipidemia com 36,4%, as doenças reumáticas com 35,1%, a doença cardíaca com 32,4% e a diabetes tipo I e II, com 24,8%, depois a demência com 23% e a depressão, com 14,8%. Seguem-se a DPOC, as doenças oncológicas e a IRC com 10,8%, 9,7% e 5,5%, respetivamente.

Cada PI tem em média, 3 doenças crónicas (média=3,01, DP=1,37).

**Tabela 20 - Antecedentes clínicos e doenças crónicas das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Antecedentes clínicos relevantes	Não	219	19,4%
	<b>Sim</b>	<b>912</b>	<b>80,6%</b>
AVC	Não	687	74,4%
	<b>Sim</b>	<b>236</b>	<b>25,6%</b>
Cirurgia ortopédica	Não	547	59,3%
	<b>Sim</b>	<b>375</b>	<b>40,7%</b>
Cirurgia cardíaca	Não	862	93,5%
	<b>Sim</b>	<b>60</b>	<b>6,5%</b>
Outros	Não	265	28,7%
	<b>Sim</b>	<b>659</b>	<b>71,3%</b>
Doenças crónicas	Não	33	2,9%
	<b>Sim</b>	<b>1098</b>	<b>97,1%</b>
HTA	Não	441	40,2%
	<b>Sim</b>	<b>657</b>	<b>59,8%</b>
Diabetes tipo I	Não	1071	97,5%
	<b>Sim</b>	<b>27</b>	<b>2,5%</b>
Diabetes tipo II	Não	853	77,7%
	<b>Sim</b>	<b>245</b>	<b>22,3%</b>
DPOC	Não	979	89,2%
	<b>Sim</b>	<b>119</b>	<b>10,8%</b>
Doença cardíaca	Não	742	67,6%
	<b>Sim</b>	<b>356</b>	<b>32,4%</b>
Dislipidemia	Não	698	63,6%
	<b>Sim</b>	<b>400</b>	<b>36,4%</b>
IRC	Não	1038	94,5%
	<b>Sim</b>	<b>60</b>	<b>5,5%</b>
Depressão	Não	934	85,1%
	<b>Sim</b>	<b>164</b>	<b>14,9%</b>
Doenças reumáticas	Não	713	64,9%
	<b>Sim</b>	<b>385</b>	<b>35,1%</b>
Doença oncológica	Não	992	90,3%
	<b>Sim</b>	<b>106</b>	<b>9,7%</b>
Demência	Não	846	77,0%
	<b>Sim</b>	<b>252</b>	<b>23,0%</b>
Outras doenças	Não	564	51,4%
	<b>Sim</b>	<b>534</b>	<b>48,6%</b>

### ***Consumo de medicamentos e complexidade do regime medicamentoso***

Para efeitos do presente estudo consideramos para calcular a complexidade do regime medicamentoso, a variedade total de fármacos, o número de tomas diárias e o número de fármacos por toma. A complexidade do regime medicamentoso resulta da média do somatório das três variáveis envolvidas.

A maioria das PI consome medicamentos diariamente, 98,5% (tabela 21).

**Tabela 21 - Consumo de medicamentos pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Consumo de medicamentos	Não	17	1,5
	<b>Sim</b>	<b>1114</b>	<b>98,5</b>

Como se verifica na tabela 22, a variedade de fármacos oscila entre 1 e 19, sendo em média 6,62 (DP=3,1); o número de tomas diárias varia entre 1 e 7, sendo em média de 3 tomas diárias, com um desvio padrão de aproximadamente 1; e o número de fármacos por toma varia entre 1 e 13, a média são 4 fármacos, com um desvio padrão de aproximadamente 2 fármacos.

A complexidade do regime medicamentoso é em média 4,55 (DP=1,80).

**Tabela 22 - Complexidade do regime medicamentoso**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Variedade de fármacos	1114	1	19	6,62	3,08
Nº de tomas /dia	1114	1	7	2,98	0,93
Nº de fármacos por toma	1114	1	13	4,06	1,98
Complexidade do regime medicamentoso	1111	0	11,67	4,55	1,80



***Compromisso e risco de compromisso dos processos corporais***

Os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem, que traduzem complicações reais ou potenciais, no domínio dos processos corporais estão associados a acrescidas necessidades em cuidados de enfermagem. As variáveis que indicam compromisso dos processos corporais são: deglutição comprometida, magreza excessiva, obesidade, sinais de desidratação, obstipação, presença de secreções ou expetorar ineficaz, dispneia, dor, diminuição da força muscular, rigidez articular, equilíbrio sentado e em pé comprometidos, úlcera por pressão e ferida. Estas foram agrupadas para criar um score de compromisso dos processos corporais.

As variáveis que indicam risco de complicações, ou diagnósticos de enfermagem potenciais são: risco de queda, risco de aspiração, risco de úlcera de pressão, risco de obstipação, risco de desidratação e risco de rigidez articular (anquilose). Estas variáveis foram agrupadas para criar um score de risco de compromisso dos processos corporais.

Sempre que possível e necessário, utilizamos escalas de uso clínico para especificar o diagnóstico, nomeadamente nas situações de compromisso da deglutição utilizamos a escala de O'Neill; na presença de dor, a escala visual analógica; nas situações de dispneia, presente, o questionário de dispneia do MRC; e a escala de avaliação da força muscular, também do MRC, sempre que observamos diminuição da força muscular. Relativamente às complicações potenciais, correspondentes aos diagnósticos de enfermagem de *Risco*, utilizamos a escala de Braden para quantificar o risco de UP, e a escala de Downton para o risco de queda.

Como podemos observar na tabela 23 os compromissos dos processos corporais mais frequentes nas PI residentes em ERPI, são diminuição da força muscular, 64,6%, diminuição da amplitude articular, 46,3%, equilíbrio em pé comprometido, 36,4%, dor, 31%, deglutição comprometida, 22,2%, e obstipação, 22,1%.

Relativamente à dor e à obstipação realçamos o facto de não ser possível a sua avaliação para 23,7% e 21,4% das PI, respetivamente. No caso da dor, devido à escala utilizada e no caso da obstipação pela ausência de registos relativos à frequência das dejeções.

Segue-se expetorar ineficaz, 15,2%, obesidade, 14,1%, o tónus muscular alterado, 10, 5%, e o equilíbrio sentado comprometido, 10%.

Depois outros menos prevalentes, como a úlcera por pressão, dispneia, feridas, magreza excessiva e, desidratação, com percentagens inferiores a 10%.

**Tabela 23 - Prevalência (%) de compromisso dos processos corporais, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Força muscular	Normal	400	35,4
	<b>Diminuída</b>	<b>731</b>	<b>64,6</b>
Amplitude articular	Normal	607	53,7
	<b>Diminuída</b>	<b>524</b>	<b>46,3</b>
Equilíbrio de pé, comprometido	Não	719	63,6
	<b>Sim</b>	<b>412</b>	<b>36,4</b>
Dor	Sem dor	512	45,3
	<b>Dor presente</b>	<b>351</b>	<b>31,0</b>
	Sem possibilidade de avaliar	268	23,7
Deglutição	Não comprometida	880	77,8
	<b>Comprometida</b>	<b>251</b>	<b>22,2</b>
Obstipação	Não	639	56,5
	<b>Sim</b>	<b>250</b>	<b>22,1</b>
	Sem dados para avaliar	242	21,4
Expetorar	Eficaz	959	84,8
	<b>Ineficaz</b>	<b>172</b>	<b>15,2</b>
Obesidade	Não	971	85,9
	<b>Sim</b>	<b>160</b>	<b>14,1</b>
Tônus muscular	Normal	1012	89,5
	<b>Alterado</b>	<b>119</b>	<b>10,5</b>
Equilíbrio sentado, comprometido	Não	1018	90,0
	<b>Sim</b>	<b>113</b>	<b>10,0</b>
Dispneia	Não	1031	91,2
	<b>Sim</b>	<b>100</b>	<b>8,8</b>
Úlcera de pressão	Não	1035	91,5
	<b>Sim</b>	<b>96</b>	<b>8,5</b>
Feridas	Não	1059	93,6
	<b>Sim</b>	<b>72</b>	<b>6,4</b>
Magreza excessiva	Não	1063	94,0
	<b>Sim</b>	<b>68</b>	<b>6,0</b>
Desidratação	Não	1091	96,5
	<b>Sim</b>	<b>40</b>	<b>3,5</b>

Sempre que as PI apresentaram deglutição comprometida, aplicamos a escala de O'Neill, para especificar o grau de compromisso da deglutição. A escala de deglutição de O'Neill classifica a disfagia em níveis de 1 a 7, sendo que a 1 corresponde disfagia severa e a 7 deglutição normal (anexo V). O score obtido variou entre 1 e 6, sendo em média de 4,63 (DP=1,72).

Na presença de alteração da força muscular, aplicamos a escala de força muscular do Medical Research Council (MRCS), que avalia a força muscular de 0 a 5, sendo que a zero corresponde a ausência total de força e a 5 corresponde força normal (anexo V). O score médio obtido é superior nos membros superiores do que nos membros inferiores, indicando que em média as PI apresentam maior grau de força muscular nos membros superiores do que nos inferiores, como se pode observar na tabela 24.

Sempre que as PI apresentaram dispneia, aplicamos o questionário de dispneia do Medical Research Council (MRCdQ), que classifica a dispneia em graus de um a cinco: a 1 corresponde *falta de ar apenas em caso de exercício intenso* e a 5 *apresentar-se demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir* (anexo V). O score médio obtido (média=3,25, DP=0,99) corresponde a uma dispneia grau 3 em que a PI *necessita de andar mais devagar que as restantes pessoas*, devido à “falta de ar”, ou de *parar para respirar quando anda no seu passo normal*.

A escala de dor foi aplicada, sempre que a PI referiu dor. O score médio de dor obtido pela aplicação da escala visual analógica (EVA), 4,46 e DP=1,35, corresponderá a uma dor média, considerando os limites: zero, igual a *ausência de dor*; e dez igual a *dor máxima*.

**Tabela 24 - Score obtido pela aplicação das escalas de deglutição, força muscular, dispneia e dor.**

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Deglutição comprometida - Score escala de O'Neill	251	1	6	4,63	1,72
Força muscular diminuída - Score MRCS MSD	731	0	5	3,98	1,14
Força muscular diminuída - Score MRCS MSE	731	0	5	3,96	1,18
Força muscular diminuída - Score MRCS MID	729	0	5	3,32	1,11
Força muscular diminuída - Score MRCS MIE	730	0	5	3,35	1,10
Dispneia - Score MRCdQ	100	2	6	3,25	,99
Dor - Score EVA	351	2	9	4,46	1,35

**Tabela 25 - Localização das Úlceras por pressão e outras feridas das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

<b>UP (n= 96)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Localização	Occipital	1	1,0
	Omoplata	2	2,1
	Cotovelo	1	1,0
	Sacro	40	41,7
	Trocânter	10	10,4
	Maléolo	7	7,3
	Calcâneo	15	15,6
	Mais que uma úlcera/localização	20	20,8
<b>Feridas (n= 72)</b>			
Tipo de ferida	Cirúrgica	7	9,7
	Traumática	41	56,9
	Outra	24	33,3

Na tabela 25 apresentamos a localização das úlceras por pressão e outras feridas. As úlceras por pressão localizam-se maioritariamente no sacro (41,7%), calcâneos (15,6%) e trocânteres (10,4%). As PI com mais que uma UP/localização atingem os 20,8%. Entre as outras feridas as mais frequentes são as feridas traumáticas, 56,9%, maioritariamente causadas por acidentes na transferência e /ou quedas, e depois outro tipo de feridas, maioritariamente úlceras varicosas, 33,3%.

**Tabela 26 - Risco de compromisso dos processos corporais das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Risco de desidratação	Não	762	67,4
	<b>Sim</b>	<b>369</b>	<b>32,6</b>
Risco de aspiração	Não	892	78,9
	<b>Sim</b>	<b>239</b>	<b>21,1</b>
Risco de obstipação	Não	586	51,8
	<b>Sim</b>	<b>545</b>	<b>48,2</b>
Risco de úlcera de pressão	Não	672	59,4
	<b>Sim</b>	<b>459</b>	<b>40,6</b>
Risco de queda	Não	82	7,3
	<b>Sim</b>	<b>1049</b>	<b>92,7</b>
Risco de rigidez articular	Não	917	81,1
	<b>Sim</b>	<b>214</b>	<b>18,9</b>

Relativamente às complicações potenciais, ou risco de compromisso dos processos corporais, correspondentes aos diagnósticos de enfermagem de risco, como se observa na tabela 26, o mais frequente é o risco de queda, 92,7%, seguido de risco de obstipação, 48,2%, risco de UP, 40,6%, risco de desidratação, 32,6%, risco de aspiração, 21,1% e risco de rigidez articular (anquilose), 18,9%.

Às PI com risco de UP, foi aplicada a escala de Braden. O score da escala de Braden pode variar entre 6 e 23, sendo que quanto mais baixa a pontuação, maior o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão. Na nossa amostra a pontuação média foi de 14,05, DP=3,25 (tabela 27).

Para avaliar o risco de queda foi aplicada a escala de Downton. A pontuação pode variar entre 0 e 14, sendo que uma pontuação superior a 3 indica alto risco de queda. Na nossa amostra o score médio obtido foi de 5,47 com DP=1,25 (tabela 27).

**Tabela 27 - Score obtido pela aplicação das escalas de Braden e Downton.**

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Risco de UP - Score E. de Braden	459	7	22	14,05	3,25
Risco de queda - Score E. de Downton	1049	3	9	5,47	1,25

### ***Processo Psicológico***

O processo psicológico inclui as variáveis: *estado de consciência*, medido pelo score da Escala de Coma de Glasgow (ECG); *estado mental*, que avaliamos em função da nossa observação da PI relativamente à sua capacidade de processamento da atenção, ordem e orientação, do seu comportamento verbal e motor bem como o nível de controlo fisiológico; *estado cognitivo* medido pelo MMSE, sempre que a PI apresentava capacidade para realizar o teste; e a *depressão*, avaliada pela aplicação da DGS – 15, sempre que a PI apresentava capacidade para responder. Quando a alteração do estado mental e cognitivo da PI não permitia a comunicação, consideramos “alterado”.

Como se verifica na tabela 28, a maioria das PI não apresenta alterações do estado de consciência, 61,9%, nem do estado mental, 60,3%, nem depressão, 42,2%, mas apresenta défice cognitivo, 65,1%. Em relação à depressão não foi possível avaliar, 39,6% das PI, por não terem capacidade para responder às questões.

**Tabela 28 - Estado de consciência, estado mental, estado cognitivo e depressão das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Estado de consciência	<b>Normal</b>	<b>700</b>	<b>61,9</b>
	Alterado	431	38,1
Estado cognitivo	Normal	395	34,9
	<b>Alterado</b>	<b>736</b>	<b>65,1</b>
Estado mental	<b>Normal</b>	<b>682</b>	<b>60,3</b>
	Alterado	449	39,7
Depressão (DGS-15)	<b>Não</b>	<b>477</b>	<b>42,2</b>
	Sim	206	18,2
	Sem possibilidade de avaliar	448	39,6

O score da Escala de Coma de Glasgow oscilou entre 3 e 15 com média de 13,87 e DP=2,25. O score do MMSE variou entre 6 e 30, com média de 19,27, DP=5,94, e o score da escala de depressão geriátrica, versão reduzida (DGS-15), oscilou entre 1 e 12, com média de 3,45 e DP=1,88 (tabela 29).

**Tabela 29 - Score obtido pela aplicação das escalas: ECG, MMSE e DGS-15.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Estado de consciência - Score ECG	1131	3	15	13,87	2,25
Estado cognitivo - Score MMSE	747	6	30	19,27	5,94
Depressão - Score DGS-15	682	1	12	4,45	1,88

### ***Sensações***

Relativamente às sensações avaliamos a acuidade visual e auditiva. Quando a PI usava auxiliares de visão, ou aparelho auditivo a avaliação foi realizada com o equipamento adaptativo.

A maioria das PI apresenta diminuição da acuidade visual, 65,2%, que as impede de ler o jornal, ver as legendas na televisão ou participar em algumas atividades de lazer e 1,1% são invisuais, no entanto apenas 38% usam auxiliares de visão, mais concretamente óculos.

Relativamente à acuidade auditiva, 59,4% apresentam diminuição, sendo necessário aumentar o tom de voz, falar próximo do ouvido ou mais devagar e apenas 3,5%, usam aparelho auditivo (tabela 30).

**Tabela 30 - Acuidade visual, acuidade auditiva, uso de óculos e aparelho auditivo, pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		n	%
Acuidade visual	Normal	115	10,2
	<b>Diminuída</b>	<b>737</b>	<b>65,2</b>
	Cegueira	13	1,1
	Sem possibilidade de avaliar	266	23,5
Auxiliares de visão	Não	701	62,0
	<b>Sim</b>	<b>430</b>	<b>38,0</b>
Acuidade auditiva	Normal	242	21,4
	<b>Diminuída</b>	<b>672</b>	<b>59,4</b>
	Surdez	4	0,4
	Sem possibilidade de avaliar	213	18,8
Uso de aparelho auditivo	Não	1091	96,5
	<b>Sim</b>	<b>40</b>	<b>3,5</b>

### ***Processo espiritual***

Relativamente ao processo espiritual as variáveis incluídas foram a *crença religiosa*, a *religião* e o *bem-estar espiritual*.

Podemos observar na tabela 30, que a maioria da PI refere ter uma crença religiosa, 72% e a religião mais frequente é a católica, 72,5%. Na maioria dos casos, 60,7%, não foi possível avaliar o bem-estar espiritual, por dificuldades na aplicação da escala, maioritariamente devido a dificuldades na audição e/ou dificuldades em entender as questões. O score obtido pela aplicação da Escala de avaliação espiritual (SAS) variou entre 48 e 101, sendo em média 82,74 com um desvio padrão de 9,62. A SAS tem três dimensões: a *fé pessoal*, a *prática religiosa* e a *paz espiritual*. O score final varia entre 21 e 105 pontos e quanto maior a pontuação maior o bem-estar espiritual (anexo V).

**Tabela 31 - Bem-estar espiritual das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Bem-estar espiritual	<b>Normal</b>	<b>416</b>	<b>36,8</b>
	Alterado	28	2,5
	Sem possibilidade de avaliar	687	60,7
Crença religiosa	Não	19	1,7
	<b>Sim</b>	<b>814</b>	<b>72,0</b>
	Não responde	297	26,3
Religião	<b>Católica</b>	<b>806</b>	<b>72,5</b>
	Outra	9	0,8
	Não responde	297	26,7

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Score SAS	444	48	101	82,74	9,62

#### ***Adesão ao regime terapêutico e agudizações***

A maioria das PI refere aderir às recomendações terapêuticas, 54,9%. Uma percentagem significativa de PI não tem capacidade para decidir se adere ou não às recomendações, 41,1%. Uma pequena percentagem de PI, 4%, refere não aderir às recomendações terapêuticas (tabela 32).

**Tabela 32 - Prevalência (%) de adesão às recomendações terapêuticas pelas pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Adere às recomendações terapêuticas	Não	45	4,0
	<b>Sim</b>	<b>621</b>	<b>54,9</b>
	Sem capacidade	465	41,1

O número de vezes que recorreram ao Serviço de urgência (SU) variou entre 0 e 6, sendo a média de 0,4 com um desvio padrão de 0,76. O número de episódios de internamento no último ano, por agravamento ou agudização de doença crónica, variou entre 0 e 5, sendo a média = 0,22, DP=0,52 (tabela 33).



**Tabela 33 - N° de episódios de urgência e de internamento, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
N° de vezes que recorreu ao SU no último ano	827	0	6	0,40	0,76
N° episódios de internamento no último ano	827	0	5	0,22	0,52

*Nível de dependência por domínio de autocuidado*

Iremos apresentar os resultados relativos ao nível de dependência em cada uma das dimensões dos diferentes domínios de autocuidado.

*Autocuidado alimentar-se*

Relativamente às atividades que compõem o autocuidado alimentar-se, a maioria das PI é independente ou dependente em grau moderado, necessitando de ajuda de pessoas. As atividades que implicam força e capacidade de realização de movimento finos, cortar e preparar os alimentos, e abrir e fechar recipientes, são as que apresentam maior nível de dependência. Nas restantes atividades a maioria das PI é independente: colocar os alimentos nos talheres e levar à boca, 75,7%; pegar e beber por copo ou chávena, 75,9%; manipular os alimentos na boca e mastigar, 78,9%; deglutir e concluir a refeição, 86,5% (tabela 34).

**Tabela 34 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado alimentar-se.**

<b>Alimentar-se (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Cortar e preparar os alimentos	Não participa	73	6,5
	Necessita de ajuda de pessoas	456	40,3
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>601</b>	<b>53,1</b>
Abrir e fechar recipientes	Não participa	73	6,5
	Necessita de ajuda de pessoas	453	40,1
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>604</b>	<b>53,4</b>
Colocar os alimentos nos talheres e levar à boca	Não participa	72	6,4
	Necessita de ajuda de pessoas	201	17,8
	Necessita de equipamentos	2	0,2
	<b>Independente</b>	<b>856</b>	<b>75,7</b>
Pegar e beber por copo ou chávena	Não participa	72	6,4
	Necessita de ajuda de pessoas	199	17,6
	Necessita de equipamentos	2	0,2
	<b>Independente</b>	<b>858</b>	<b>75,9</b>
Manipular os alimentos na boca e mastigar	Não participa	70	6,2
	Necessita de ajuda de pessoas	169	14,9
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>892</b>	<b>78,9</b>
Deglutir e concluir a refeição	Não participa	47	4,2
	Necessita de ajuda de pessoas	106	9,4
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>978</b>	<b>86,5</b>

***Autocuidado cuidar da higiene pessoal***

Como se observa na tabela 35, a maioria das PI é dependente em grau moderado para todas as atividades do autocuidado cuidar da higiene pessoal: obter os objetos para o banho, 69,7%; abrir a torneira/regular a temperatura da água, 69,6%; aplicar gel e lavar a metade superior do corpo, 69,6%; aplicar gel e lavar a metade inferior do corpo, 69,8%, secar a parte superior do corpo, 69,5%; e secar a parte inferior do corpo, 69,8%.

**Tabela 35 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado higiene.**

<b>Higiene (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Obter objetos para o banho	Não participa	61	5,4
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>788</b>	<b>69,7</b>
	Necessita de equipamentos	2	0,2
	Independente	280	24,8
Abrir a torneira/regular a temperatura da água	Não participa	61	5,4
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>787</b>	<b>69,6</b>
	Necessita de equipamentos	3	0,3
	Independente	280	24,8
Aplicar gel e lavar a metade superior do corpo	Não participa	61	5,4
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>787</b>	<b>69,6</b>
	Necessita de equipamentos	12	1,1
	Independente	271	24,0
Aplicar gel e lavar a metade inferior do corpo	Não participa	61	5,4
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>790</b>	<b>69,8</b>
	Necessita de equipamentos	22	1,9
	Independente	258	22,8
Secar a parte superior do corpo	Não participa	61	5,4
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>786</b>	<b>69,5</b>
	Necessita de equipamentos	8	0,7
	Independente	276	24,4
Secar a parte inferior do corpo	Não participa	62	5,5
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>789</b>	<b>69,8</b>
	Necessita de equipamentos	21	1,9
	Independente	259	22,9

Ou seja, a maioria das PI (aproximadamente 70%) necessita de ajuda de pessoas, para a realização de todas as atividades do autocuidado cuidar da higiene pessoal. Um pouco mais de 20% das PI é independente para todas as atividades e cerca de 5% são dependentes em grau elevado, não participando em nenhuma das atividades.

## *Autocuidado Arranjar-se*

**Tabela 36 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado arranjar-se.**

Arranjar-se (n = 1131)		n	%
Pentear os cabelos	Não participa	59	5,2
	Necessita de ajuda de pessoas	406	35,9
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>666</b>	<b>58,9</b>
Barbear-se/aplicar maquiagem	Não participa	59	5,2
	Necessita de ajuda de pessoas	470	41,6
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>602</b>	<b>53,2</b>
Usar o espelho	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	402	35,5
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>669</b>	<b>59,2</b>
Aplicar desodorizante	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	402	35,5
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>669</b>	<b>59,2</b>
Manter higiene oral/lavar os dentes	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	403	35,6
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>668</b>	<b>59,1</b>
Cortar/cuidar das unhas das mãos	Não participa	59	5,2
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>790</b>	<b>69,8</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	282	24,9
Cortar/cuidar das unhas dos pés	Não participa	59	5,2
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>922</b>	<b>81,5</b>
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	Independente	149	13,2
Manter o nariz desobstruído e limpo	Não participa	61	5,4
	Necessita de ajuda de pessoas	179	15,8
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>890</b>	<b>78,7</b>

Nas atividades que compõem o autocuidado arranjar-se, como se verifica na tabela 36, a maioria das PI é independente para: pentear os cabelos, 58,9%; barbear-se/aplicar

maquilhagem, 53,2%; usar o espelho, 59,2%; aplicar desodorizante, 59,2%; manter higiene oral/lavar os dentes, 59,1%; manter o nariz desobstruído e limpo, 78,7%. Relativamente às atividades cortar/cuidar das unhas das mãos e cortar/cuidar das unhas dos pés, a maioria das PI necessita de ajuda de pessoas: para cuidar das unhas das mãos, 69,8% e para cuidar das unhas dos pés, 81,5%.

### ***Autocuidado vestir / despir***

Nas atividades do autocuidado vestir-se ou despir-se o nível de dependência oscila maioritariamente entre dependente em grau moderado, ou seja necessita de ajuda de pessoas, e independente, como se observa na tabela 37. Assim, para escolher as roupas, 48,3% das PI necessita de ajuda de pessoas e 46,4%, são independentes; para retirar as roupas da gaveta/armário, 49,5% das PI necessita de ajuda de pessoas e 45,1%, são independentes; para vestir ou despir a parte superior do corpo, 48,0% são independentes e 46,7%, necessitam de ajuda; para vestir ou despir a parte inferior do corpo, 47,8%, necessitam de ajuda de pessoas e 46,5% são independentes; para abotoar ou desbotoar as roupas, 46,9% necessitam de ajuda de pessoas e 47,8% são independentes; para usar fechos e velcros, 48,0% são independentes e 46,7%, são dependentes em grau moderado; para calçar ou descalçar meias, 54,0% das PI necessita de ajuda de pessoas e 40,2%, são independentes; para calçar e descalçar sapatos ou chinelos, 53,3% necessitam de ajuda de pessoas e 40,7%, são independentes. A ligeira diferença no nível de dependência para calçar meias e para calçar sapatos ou chinelos, parece estar relacionada com o facto de muitas PI usarem chinelos em vez de sapatos, para serem menos dependentes, ou por apresentarem dores nos pés que os impedem de usar sapatos, tal como nos foi referido por algumas PI “ *Eu ando sempre assim* (apontou, para os pés com chinelos de quarto) *só me calço se tiver de sair, mas aí as meninas ajudam-me, senão não dou trabalho*” D4L41I56 e “ *Calçar? Não posso, estou farta de experimentar calçado e não aguento nada nos pés, só isto* (apontou para os pés com chinelos de tecido) ...” D1L3I78.

**Tabela 37 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado vestir/despir-se.**

<b>Vestir/despir (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Escolher as roupas	Não participa	60	5,3
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>546</b>	<b>48,3</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	525	46,4
Retirar as roupas da gaveta/armário	Não participa	60	5,3
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>560</b>	<b>49,5</b>
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	Independente	510	45,1
Vestir/despir a parte superior do corpo	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	528	46,7
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>543</b>	<b>48,0</b>
Vestir/despir a parte inferior do corpo	Não participa	60	5,3
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>541</b>	<b>47,8</b>
	Necessita de equipamentos	4	0,4
	Independente	526	46,5
Abotoar/desbotoar as roupas	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	530	46,9
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>541</b>	<b>47,8</b>
Usar fechos e velcros	Não participa	60	5,3
	Necessita de ajuda de pessoas	528	46,7
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	<b>Independente</b>	<b>543</b>	<b>48,0</b>
Calçar/descalçar meias	Não participa	60	5,3
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>611</b>	<b>54,0</b>
	Necessita de equipamentos	5	0,4
	Independente	455	40,2
Calçar e descalçar sapatos ou chinelos	Não participa	60	5,3
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>603</b>	<b>53,3</b>
	Necessita de equipamentos	8	0,7
	Independente	460	40,7

***Autocuidado virar-se***

A maioria das PI é independente para todas as atividades que compõem o autocuidado virar-se: mover ligeiramente o corpo aliviando zonas de pressão, 75,2%; rodar o corpo de forma a alternar decúbitos, 63,0%; e posicionar-se com alinhamento do corpo 73,3% (tabela 38).

**Tabela 38 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado virar-se.**

<b>Virar-se (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Mover ligeiramente o corpo aliviando zonas de pressão	Não participa	61	5,4
	Necessita de ajuda de pessoas	216	19,1
	Necessita de equipamentos	4	0,4
	<b>Independente</b>	<b>850</b>	<b>75,2</b>
Rodar o corpo de forma a alternar decúbitos	Não participa	61	5,4
	Necessita de ajuda de pessoas	256	22,6
	Necessita de equipamentos	102	9,0
	<b>Independente</b>	<b>712</b>	<b>63,0</b>
Posicionar-se com alinhamento do corpo	Não participa	62	5,5
	Necessita de ajuda de pessoas	237	21,0
	Necessita de equipamentos	3	0,3
	<b>Independente</b>	<b>829</b>	<b>73,3</b>

***Autocuidado usar o sanitário***

Relativamente às dimensões do autocuidado usar o sanitário (tabela 39), 33,2% das PI é dependente em grau elevado (não participa) em todas dimensões. A maioria, ou aproximadamente metade das PI, dependendo da atividade, são independentes: para despir as roupas, 55,9%; para posicionar-se na sanita/arrastadeira, 49,4%; para fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar, 56,7%; para erguer-se da sanita, 48,6%; e para vestir as roupas, 56,1%.

**Tabela 39 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado usar o sanitário.**

<b>Usar o sanitário (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Despir as roupas	Não participa	375	33,2
	Necessita de ajuda de pessoas	120	10,6
	Necessita de equipamentos	4	0,4
	<b>Independente</b>	<b>632</b>	<b>55,9</b>
Posicionar-se na sanita/arrastadeira	Não participa	375	33,2
	Necessita de ajuda de pessoas	111	9,8
	Necessita de equipamentos	86	7,6
	<b>Independente</b>	<b>559</b>	<b>49,4</b>
Fazer higiene íntima após urinar/evacuar	Não participa	375	33,2
	Necessita de ajuda de pessoas	114	10,1
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>641</b>	<b>56,7</b>
Erguer-se da sanita	Não participa	375	33,2
	Necessita de ajuda de pessoas	111	9,8
	Necessita de equipamentos	95	8,4
	<b>Independente</b>	<b>550</b>	<b>48,6</b>
Vestir as roupas	Dependente e não participa	375	33,2
	Necessita de ajuda de pessoas	118	10,4
	Necessita de equipamentos	4	0,4
	<b>Independente</b>	<b>634</b>	<b>56,1</b>

***Autocuidado autoelevar (erguer-se)***

A maioria das PI é independente para: erguer-se da posição horizontal, 57,8%; mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio, 57,6%; e colocar-se na posição vertical preparado para andar, 52,3%. Um pouco mais de 30%, são dependentes em grau moderado para todas as dimensões do autocuidado erguer-se. Ou seja, necessitam de ajuda de pessoas (tabela 40).



**Tabela 40 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado erguer-se.**

<b>Erguer-se (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Erguer-se da posição horizontal	Não participa	117	10,3
	Necessita de ajuda de pessoas	359	31,7
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>654</b>	<b>57,8</b>
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio	Dependente e não participa	118	10,4
	Necessita de ajuda de pessoas	360	31,8
	Necessita de equipamentos	1	0,1
	<b>Independente</b>	<b>652</b>	<b>57,6</b>
Colocar-se na posição vertical preparado para andar	Não participa	142	12,6
	Necessita de ajuda de pessoas	347	30,7
	Necessita de equipamentos	50	4,4
	<b>Independente</b>	<b>592</b>	<b>52,3</b>

*Autocuidado transferir-se***Tabela 41 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado transferir-se**

<b>Transferir-se (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Erguer-se da posição horizontal	Não participa	62	5,5
	Necessita de ajuda de pessoas	409	36,2
	Necessita de equipamentos	5	0,4
	<b>Independente</b>	<b>655</b>	<b>57,9</b>
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio	Não participa	62	5,5
	Necessita de ajuda de pessoas	409	36,2
	Necessita de equipamentos	4	0,4
	<b>Independente</b>	<b>656</b>	<b>58,0</b>
Deslocar-se da cama para a cadeira	Não participa	62	5,5
	Necessita de ajuda de pessoas	416	36,8
	Necessita de equipamentos	8	0,7
	<b>Independente</b>	<b>645</b>	<b>57,0</b>
Sentar-se e posicionar-se de forma segura e confortável	Não participa	63	5,6
	Necessita de ajuda de pessoas	410	36,3
	Necessita de equipamentos	6	0,5
	<b>Independente</b>	<b>652</b>	<b>57,6</b>

Nas dimensões ou atividades do autocuidado transferir-se, como se pode observar na tabela 41, para erguer-se da posição horizontal, a maioria, 57,9%, é independente e 36,2%, são dependentes em grau moderado; para mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio, 58,0% são independentes e 36,2%, necessitam de ajuda de pessoas; para deslocar-se da cama para a cadeira, 57,0%, são independentes e 36,8% são dependentes em grau moderado; e para sentar-se e posicionar-se de forma segura e confortável, a maioria, 57,6%, é independente e 36,3%, necessitam de ajuda de pessoas.

### ***Autocuidado andar***

Para as dimensões do autocuidado andar, como se verifica na tabela 42, a distribuição é bastante heterogênea: subir e descer degraus de forma eficaz é a dimensão em que maior percentagem de PI não participa, 42,7%, e em que há menor percentagem de independentes, 28,6%; para colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio, 44,7% são independentes, 23,4% dependentes em grau elevado, 16,5%, dependentes em grau reduzido, ou seja, necessitam de equipamentos e 15,3%, dependentes em grau moderado; para mover-se com marcha eficaz, diminui a percentagem de independentes, 38,6% e aumenta a percentagem de dependentes em grau elevado e reduzido, 26,4% e 22,3%, respetivamente; para andar em aclives e declives de forma eficaz, volta a aumentar a percentagem dos dependentes em grau elevado, 36,7% e a diminuir a percentagem de independentes, 30,1%; para percorrer pequenas distâncias dentro do quarto, 41,0%, são independentes, 26,7%, são dependentes em grau elevado e 20,2%, em grau reduzido; para percorrer distâncias moderadas, 32,7% são dependentes em grau elevado, 31,7%, independentes e 27,1%, necessitam de equipamentos, ou seja são dependentes em grau reduzido.

**Tabela 42 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado andar.**

<b>Andar (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio	Não participa	265	23,4
	Necessita de ajuda de pessoas	173	15,3
	Necessita de equipamentos	187	16,5
	<b>Independente</b>	<b>506</b>	<b>44,7</b>
Mover-se com marcha eficaz	Não participa	299	26,4
	Necessita de ajuda de pessoas	143	12,6
	Necessita de equipamentos	252	22,3
	<b>Independente</b>	<b>437</b>	<b>38,6</b>
Subir e descer degraus de forma eficaz	<b>Não participa</b>	<b>483</b>	<b>42,7</b>
	Necessita de ajuda de pessoas	155	13,7
	Necessita de equipamentos	169	14,9
	Independente	324	28,6
Andar em aclives e declives de forma eficaz	<b>Não participa</b>	<b>415</b>	<b>36,7</b>
	Necessita de ajuda de pessoas	104	9,2
	Necessita de equipamentos	272	24,0
	Independente	340	30,1
Percorrer pequenas distâncias dentro do quarto	Não participa	302	26,7
	Necessita de ajuda de pessoas	137	12,1
	Necessita de equipamentos	228	20,2
	<b>Independente</b>	<b>464</b>	<b>41,0</b>
Percorrer distâncias moderadas	<b>Não participa</b>	<b>370</b>	<b>32,7</b>
	Necessita de ajuda de pessoas	96	8,5
	Necessita de equipamentos	306	27,1
	Independente	359	31,7

***Autocuidado andar em cadeira de rodas***

A **maioria** das PI é dependente em grau moderado, necessitando de ajuda de pessoas, para todas as dimensões do autocuidado andar em cadeira de rodas: travar e destravar a cadeira, 80,4%; colocar os patins e braços, 87,6%; impulsionar a cadeira de forma a mover-se, 82,1%; e conduzir em velocidade adequada, 87,3% (tabela 43).

**Tabela 43 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado andar em cadeira de rodas.**

<b>Andar em cadeira de rodas (n = 291)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Travar e destravar a cadeira	Não participa	3	1,0
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>234</b>	<b>80,4</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	54	18,6
Colocar os patins e braços	Não participa	3	1,0
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>255</b>	<b>87,6</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	33	11,3
Impulsionar a cadeira de forma a mover-se	Não participa	3	1,0
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>239</b>	<b>82,1</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	49	16,8
Conduzir em velocidade adequada	Não participa	3	1,0
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>254</b>	<b>87,3</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	34	11,7

### ***Autocuidado Gerir o Regime terapêutico***

No que se refere às dimensões do regime terapêutico consideradas, gerir *o regime medicamentoso*, gerir *o regime alimentar/líquidos* e gerir *o regime de exercício*, a maioria das PI, 83%, é dependente em grau moderado, ou seja necessita de ajuda de pessoas. Cerca de 12% são independentes e não há PI dependentes em grau reduzido, ou seja que necessitem apenas de equipamentos (tabela 44).

**Tabela 44 - Nível de dependência nas dimensões do autocuidado gerir o regime terapêutico.**

<b>Gerir o regime terapêutico (n = 1131)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Regime medicamentoso	Dependente e não participa	63	5,6
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>936</b>	<b>82,8</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	132	11,7
Regime alimentar/líquidos	Dependente e não participa	63	5,6
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>934</b>	<b>82,6</b>
	Necessita de equipamentos	0	0,0
	Independente	134	11,8
Regime de exercício	Dependente e não participa	62	5,5
	<b>Necessita de ajuda de pessoas</b>	<b>935</b>	<b>82,7</b>
	Necessita de equipamento	0	0,0
	Independente	134	11,8

Apresentamos de seguida o grau de dependência, para cada domínio de autocuidado e para o autocuidado global. O autocuidado andar em cadeira de rodas e o autocuidado gerir o regime terapêutico não foram considerados para os valores globais (grau e nível) de dependência no autocuidado, pelos motivos que a seguir descrevemos. Nesta população (PI, residentes em lares) o uso da cadeira de rodas é entendido como um produto de apoio para andar. Não é entendido numa perspetiva de autonomia no domínio do autocuidado andar para as pessoas que sem a cadeira de rodas nunca o poderiam realizar, como no caso das pessoas com paraplegia ou hemiplegia, com potencial de reconstrução de autonomia. A gestão do regime terapêutico, e principalmente do regime medicamentoso é geralmente assumida pelas instituições. Pelos riscos que comporta, e pela responsabilidade atribuída às instituições, não é considerada como uma dimensão do autocuidado das PI, pelo que também não foi incluída.

As PI que não participam em nenhuma das dimensões de cada domínio do autocuidado, são dependentes em grau elevado; as PI que necessitam de ajuda de pessoas, em todas ou algumas, das dimensões de cada domínio de autocuidado são dependentes em grau moderado; as PI que necessitam de equipamentos, em todas ou algumas das dimensões, de cada domínio de autocuidado, são dependentes em grau reduzido; e as PI que não necessitam de nenhum tipo de ajuda para nenhuma das dimensões de cada domínio de autocuidado são independentes.

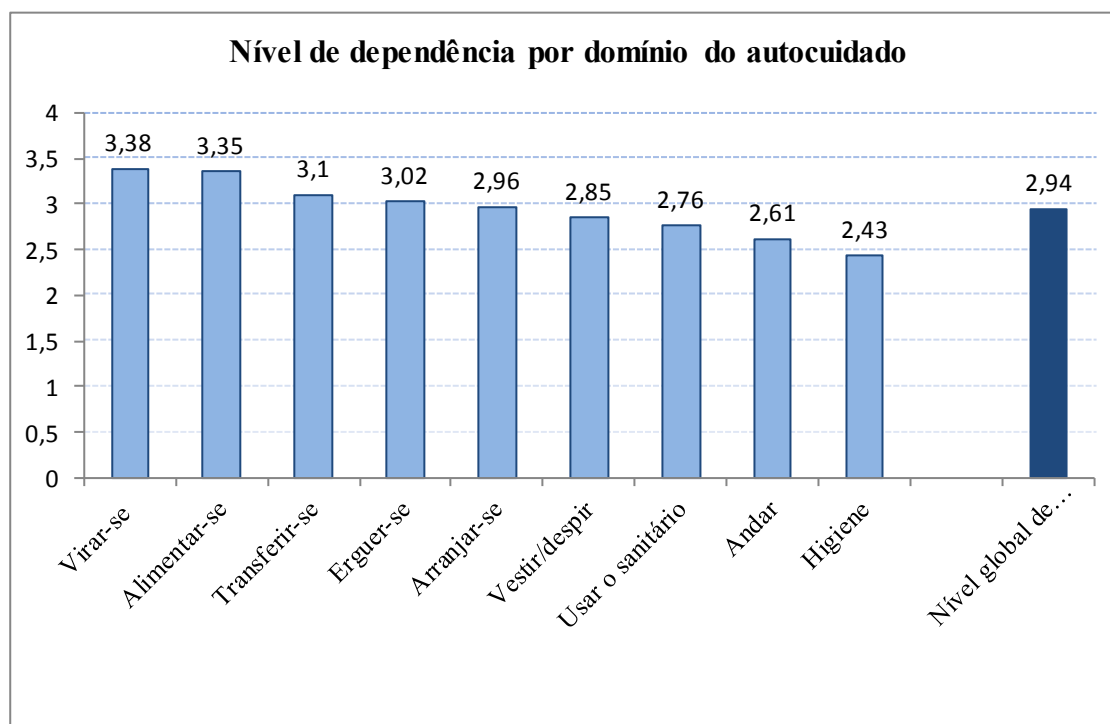
Assim, como se pode observar na tabela 45, para o autocuidado alimentar-se, a maioria das PI, 75,8%, é independente; para cuidar da higiene pessoal, a maioria, 69,4%, é dependente em grau moderado e 24,8% são independentes; para arranjar-se, a maioria, 59%, é independente; para vestir/despir, 47,7%, são independentes e 45,5%, dependentes em grau moderado; para usar o sanitário a maioria, 56,2%, é independente e 33,2% são dependentes em grau elevado; para erguer-se a maioria, 57,5%, é independente e 31,8% são dependentes em grau moderado; para virar-se a maioria, 73,4% é independente; para transferir-se a maioria, 57,7%, é independente e 36%, são dependentes em grau moderado; e para andar, 42,9% são independentes e 23,3%, são dependentes em grau elevado. Quanto ao grau de dependência global para o autocuidado, a maioria das PI, 55,7%, é independente, 21,9%, são dependentes em grau reduzido, 19,8%, são dependentes em grau moderado e 2,6%, são dependentes em grau elevado.

**Tabela 45 - Grau de dependência por domínio de autocuidado e grau de dependência global das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

Domínio de autocuidado	Dependente em grau elevado		Dependente em grau moderado		Dependente em grau reduzido		Independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentar-se	45	4,0	134	11,8	95	8,4	857	75,8
Higiene	61	5,4	785	69,4	5	0,4	280	24,8
Arranjar-se	59	5,2	180	15,9	225	19,9	667	59,0
Vestir/despir	60	5,3	515	45,5	19	1,7	537	47,5
Usar o sanitário	375	33,2	105	9,3	4	0,4	636	56,2
Auto elevar-se	117	10,3	360	31,8	4	0,4	650	57,5
Virar-se	61	5,4	216	19,1	24	2,1	830	73,4
Transferir-se	62	5,5	407	36,0	9	0,8	653	57,7
Andar	263	23,3	177	15,6	206	18,2	485	42,9
Nível global de dependência	29	2,6	224	19,8	248	21,9	630	55,7

No gráfico 1, está representado o nível médio de dependência em cada domínio do autocuidado e o nível global de dependência. Como se pode observar, virar-se e alimentar-se são os domínios em que as PI são mais independentes, cuidar da higiene pessoal, andar e usar o sanitário, são os domínios em que apresentam maior nível de dependência.

**Gráfico 1 - Nível de dependência por domínio de autocuidado e nível global de dependência no autocuidado.**



### ***Potencial para o desenvolvimento***

Passamos agora a apresentar os resultados relativos ao potencial para o desenvolvimento, em cada domínio do autocuidado. Consideramos que a PI tinha potencial para o desenvolvimento, sempre que apresentava capacidade física, e cognitiva e expressou vontade de ser mais independente em cada domínio do autocuidado.

Relativamente ao autocuidado higiene, 27,8%, das PI apresentam potencial para o desenvolvimento, ou seja apresentam capacidade física, mental, intelectual e vontade, para serem mais independentes no autocuidado higiene. Verifica-se o mesmo para 22,6% das PI, no autocuidado vestir-se ou despir-se, para 12,8%, das PI no autocuidado usar o sanitário e para 12,7% das PI, no autocuidado andar (tabela 46).

**Tabela 46 - Potencial para o desenvolvimento, por domínio de autocuidado.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado alimentar-se	Não	1108	98,0%
	<b>Sim</b>	<b>23</b>	<b>2,0%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado higiene	Não	817	72,2%
	<b>Sim</b>	<b>314</b>	<b>27,8%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado arranjar-se	Não	1056	93,4%
	<b>Sim</b>	<b>75</b>	<b>6,6%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado vestir-se	Não	875	77,4%
	<b>Sim</b>	<b>256</b>	<b>22,6%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado usar o sanitário	Não	986	87,2%
	<b>Sim</b>	<b>145</b>	<b>12,8%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado auto elevar-se	Não	1044	92,3%
	<b>Sim</b>	<b>87</b>	<b>7,7%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado virar-se	Não	1093	96,6%
	<b>Sim</b>	<b>38</b>	<b>3,4%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado transferir-se	Não	1046	92,5%
	<b>Sim</b>	<b>85</b>	<b>7,5%</b>
Potencial p/ desenvolvimento – autocuidado andar	Não	987	87,3%
	<b>Sim</b>	<b>144</b>	<b>12,7%</b>

### ***Utilização de produtos de apoio***

Os produtos de apoio (PA) ou ajudas técnicas são os equipamentos utilizados com o objetivo de auxiliar nas atividades do autocuidado, quer para proporcionar maior autonomia à PI, quer para facilitar o exercício do papel aos cuidadores do lar. São exemplos de produtos de apoio para proporcionar maior autonomia à PI a “esponja lava costas”, “a calçadeira de cabo longo”, ou o “andarilho” e produtos de apoio para os cuidadores: “o elevador de transferência”, ou o “lava cabeças para cama”. Os produtos de apoio foram analisados tendo em conta o domínio de autocuidado a que estão associados e de acordo os seguintes critérios: “necessário” e “utilizado”. O “necessário” corresponde aos casos, em que o equipamento foi considerado necessário, na opinião clínica da investigadora (enfermeira), em função das limitações da PI nas atividades inerentes ao autocuidado. O “utilizado” informa sobre os casos em que o produto de apoio necessário é realmente utilizado. Os resultados relativos aos produtos de apoio por domínio de autocuidado e de acordo com os critérios anteriormente descritos são apresentados pormenorizadamente no anexo VIII.

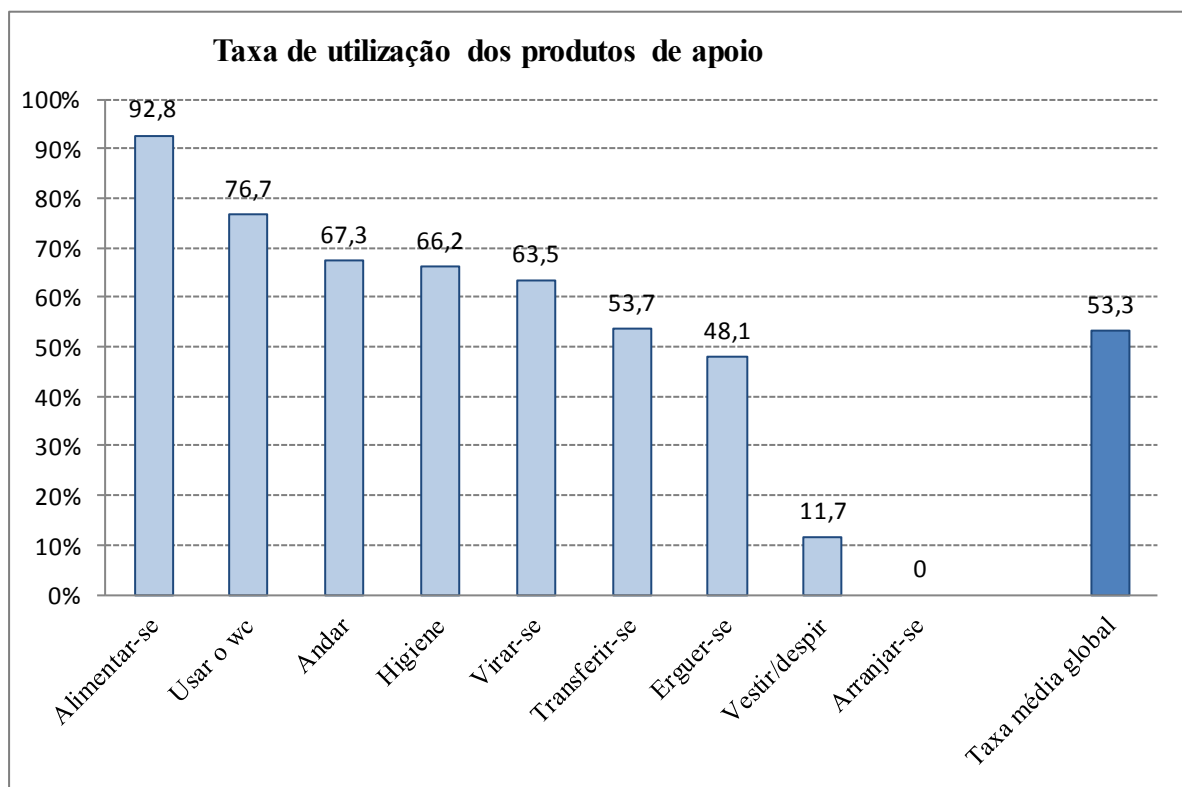


A taxa média global de PA considerados necessários, traduz o valor da média das taxas de utilização, calculadas para cada um dos casos que compõem a amostra. Para cada caso foi avaliado o número de PA necessários e utilizados. Por exemplo uma PI que necessita de quatro PA para determinado domínio de autocuidado e só utiliza um, tem uma taxa de utilização de PA considerados necessários de 25%, da mesma forma uma PI que necessita de cinco PA e não utiliza nenhum, tem uma taxa de utilização de 0%. Assim, uma taxa de utilização de PA considerados necessários, de 100%, corresponde aos casos que utilizam todos os PA considerados necessários.

Tomando como exemplo os PA para o autocuidado alimentar-se, 63% das PI, não necessitam de nenhum PA, 27,8%, necessitam de um PA, 7,4% necessitam de dois PA e assim sucessivamente. Finalmente 0,3% das PI necessitam de cinco PA. Podemos verificar que 19 PI necessitam de talheres adaptados e apenas 8 PI os utilizam, portanto a taxa de utilização deste produto é de 42,1%. Procedeu-se da mesma forma para calcular a taxa de utilização de todos os PA. Deste modo foi possível calcular a taxa média de utilização de PA considerados necessários, por domínio de autocuidado, que no caso concreto que estamos a analisar (autocuidado alimentar-se) é de 92,8% (Anexo VIII).

No gráfico 2 apresentamos a taxa média de utilização dos produtos de apoio considerados necessários, para cada domínio do autocuidado. Como podemos observar, a maior taxa de utilização de PA, verifica-se no autocuidado alimentar-se, 92,8%, seguida do autocuidado usar o sanitário, 76,7%. Três domínios do autocuidado apresentam uma taxa inferior a 50%, sendo que relativamente ao autocuidado arranjar-se a taxa de utilização é zero e para o autocuidado vestir-se ou despir-se é de 11,7%. A taxa média global de utilização de PA é de 53,3%, portanto ligeiramente acima de metade do que foi considerado necessário.

**Gráfico 2 - Taxa média de utilização dos produtos de apoio considerados necessários para cada domínio de autocuidado.**



### **Grau de satisfação com a vida e com a oferta do lar e grau de preocupação com a saúde**

Foi avaliado o grau de satisfação com a vida, com a alimentação, com a higiene, com o aspeto geral, com a eliminação, com o exercício e lazer, com o sono e com a vigilância de saúde. O grau de satisfação global resulta da média de todas as variáveis de satisfação apresentadas. Avaliamos também o grau de preocupação com a saúde.

Como podemos observar na tabela 47 em relação a todas as variáveis há uma percentagem significativa de PI que não responde, maioritariamente por não ter capacidade. Relativamente à satisfação com a vida, 35,8%, das PI estão satisfeitas e 19,2% pouco satisfeitas; quanto à satisfação com a alimentação, 50% estão satisfeitas; relativamente à higiene a maioria, 66,1%, está satisfeita ou muito satisfeita; em relação ao aspeto geral também a maioria está satisfeita ou muito satisfeita, 65,4%; com a eliminação, 61,1% estão satisfeitas ou muito satisfeitas; relativamente à oferta de exercício a percentagem de não respostas aumenta para 55,8% e a percentagem de PI satisfeitas é de 35,5%; relativamente

à oferta de atividades de lazer, a percentagem de não respostas também é ligeiramente superior à média, 39,7% e 48,4% das PI estão satisfeitas com a oferta; relativamente ao sono/repouso a maioria das PI está satisfeita ou muito satisfeita, 59,3%; em relação à vigilância de saúde, 49,1% das PI estão satisfeitas. A maioria das PI está globalmente satisfeita ou muito satisfeita, 55,6%.

**Tabela 47 - Grau de satisfação com a vida, com a oferta do lar e grau de satisfação global, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

Grau de satisfação	Nada satisfeito		Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Não sabe/não responde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com a vida	105	9,3	217	19,2	405	35,8	22	1,9	382	33,8
Com a alimentação	25	2,2	102	9,0	565	50,0	114	10,1	325	28,7
Com a higiene	3	0,3	33	2,9	583	51,5	165	14,6	347	30,7
Com o seu aspeto geral	4	0,4	35	3,1	547	48,4	192	17,0	353	31,2
Com a eliminação	5	,4	79	7,0	502	44,4	189	16,7	355	31,4
Com a oferta /exercício	5	0,4	56	5,0	401	35,5	38	3,4	631	55,8
Com a oferta /lazer	4	0,4	67	5,9	547	48,4	64	5,7	449	39,7
Com o sono/ repouso	3	,3	118	10,4	484	42,8	187	16,5	339	30,0
Com a vigilância de saúde	11	1,0	56	5,0	555	49,1	88	7,8	421	37,2
Grau de satisfação global	18	1,6	81	7,2	510	45,3	116	10,3	400	35,5

Em relação ao grau de preocupação com a saúde, 30,8% das PI estão preocupadas ou muito preocupadas e 35,8%, estão pouco ou nada preocupadas (tabela 48).

**Tabela 48 - Grau de preocupação com a saúde, das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

	n	%
Preocupação com a saúde	Nada preocupado	220
	Pouco preocupado	184
	Preocupado	291
	Muito preocupado	58
	Não sabe /não responde	378
		19,5
		16,3
		25,7
		5,1
		33,4

### ***Incentivo à autonomia e participação***

Para avaliar o incentivo à autonomia e participação consideramos as variáveis: *atenção ao gosto/preferência pessoal, decisão sobre o local e horário das refeições, decisão sobre a frequência e local do banho, escolha da roupa, incentivo para lavar as partes do corpo que é capaz, incentivo para ir ao wc, incentivo para arranjar-se e incentivo para vestir /despir.*

Como se observa na tabela 49, a maioria das PI, 51%, refere que habitualmente é tido em conta o seu gosto ou preferência pessoal e 30,7% não têm capacidade para responder, ou não respondem. Quando questionados relativamente a quem decide sobre: as refeições, a frequência e local do banho, a roupa que vai vestir, as opiniões são um pouco distintas: quanto às refeições, a maioria das PI, 53,1%, considera que decide, mas relativamente à frequência e local do banho, a maioria, 67,8%, considera que quem decide é o lar, seja o diretor técnico ou o pessoal de apoio direto aos residentes, ou outro. Sobre a escolha da roupa, também a maioria, 53,4%, considera que quem decide é o lar. Estas diferenças poderão ser explicadas pela maior discordância entre o desejado pela PI e o que é efetivamente realizado, no que se refere ao banho e ao vestuário (nas PI com dependência nestes domínios do autocuidado), do que em relação às refeições. O relato seguinte é ilustrativo da decisão sobre o vestuário: “...esta blusa é tão vermelha, vista-me antes uma mais escurinha” D4L1I44. A funcionária respondeu, enquanto vestia a blusa “Já chega de luto, fica muito mais bonita com esta, cheia de rosas, está a ver?” Funcionária D4L1.

Da nossa observação em alguns lares, a roupa era preparada para o dia seguinte, no turno da tarde sem a participação da PI.

**Tabela 49 - Decisão sobre refeições, higiene e vestuário, nos lares da região Norte.**

	Pessoa idosa		Lar	
	n	%	n	%
Decisão sobre o local das refeições	600	53,1%	531	46,9%
Decisão sobre a frequência e local do banho	364	32,2%	767	67,8%
Quem escolhe a roupa que vai vestir	527	46,6%	604	53,4%

No que respeita ao incentivo para a participação nas atividades do autocuidado, a variável foi recodificada. Tomando como exemplo o incentivo a vestir-se, os indicadores: sempre às vezes e nunca, deram origem à variável necessita de incentivo para vestir-se e os

indicadores dispensável e inútil deram origem à variável, não necessita de incentivo para vestir-se. À variável necessita de incentivo para vestir-se, foram atribuídos dois indicadores: recebe incentivo (que inclui as pessoas idosas que recebem incentivo sempre ou às vezes) e não recebe incentivo (que inclui as pessoas idosas que nunca recebem incentivo). Seguiu-se o mesmo procedimento para as variáveis: recebe incentivo para lavar as partes do corpo que é capaz, recebe incentivo para usar o wc e recebe incentivo para arranjar-se, como se pode observar no anexo IX.

Assim, de acordo com o juízo clínico da investigadora (enfermeira) a maioria das PI necessita de incentivo para lavar as partes do corpo que é capaz, usar o sanitário, arranjar-se e vestir-se. Vestir-se é o domínio de autocuidado para o qual maior percentagem de PI, 19,8%, afirma receber incentivo. Nos restantes domínios de autocuidado, mais de 90% das PI, avaliadas como necessitando de incentivo, não o recebem (tabela 50).

**Tabela 50 - Incentivo para o autocuidado, nos lares da região Norte.**

	Não necessita de incentivo		Necessita de incentivo			
			Recebe incentivo		Não recebe incentivo	
	n	%	n	%	n	%
Lavar partes do corpo	346	30,6	61	7,8	724	92,2
Usar o sanitário	475	42,0	37	5,6	619	94,4
Arranjar-se	282	24,9	44	5,2	805	94,8
Vestir-se	484	42,8	128	19,8	519	80,2

### ***Condição de higiene e asseio e condição de vestuário***

A maioria das PI apresenta-se em boas condições de higiene e asseio, e em boas condições de vestuário, 84% e 91% respetivamente, como se pode observar na tabela 51. Entre as PI que apresentam condições de higiene e asseio deficitárias, a maioria apresenta má higiene oral, 42,1%; seguida de odores corporais (frequentemente a urina), 32,4%. Entre as PI que apresentam condição de vestuário deficitária, a maioria apresentou a roupa suja (frequentemente com comida), 80,5%.

**Tabela 51 - Condição de higiene, asseio e vestuário das pessoas idosas residentes em lares na região Norte.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Condição de higiene e asseio	<b>Boa</b>	<b>987</b>	<b>87,3%</b>
	Deficitária	144	12,7%
Odores corporais		47	32,4%
Unhas sujas		33	22,8%
<b>Má higiene oral</b>		<b>61</b>	<b>42,1%</b>
Secreções oculares		26	17,9%
Sujidade corporal visível		5	3,4%
Cabelo despenteado		13	9,0%
Condição de vestuário	<b>Boa</b>	<b>1044</b>	<b>92,3%</b>
	Deficitária	87	7,7%
<b>Roupa suja</b>		<b>70</b>	<b>80,5%</b>
Roupa desabotoada		2	2,3%
Roupa desadequada à temperatura		8	9,2%
Roupa desadequada à condição antropométrica		6	6,9%
Roupa desadequada à condição de dependência		4	4,6%
Roupa rota/descosida		8	9,2%

### ***Cuidados aos acamados***

Os acamados, cerca de 9,2% da nossa amostra, são as pessoas idosas dependentes em grau elevado para todas as dimensões e em todos os domínios do autocuidado. Constituem portanto um grupo muito vulnerável ao aparecimento de complicações resultantes da imobilidade, necessitam de cuidados de enfermagem específicos e exigem maior intensidade de cuidados. São maioritariamente do sexo feminino, 81,7%, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos, idade média de 86 anos e desvio padrão de 8,3, estão no lar em média há 8,2 anos, com um desvio padrão de 8,7. Comparativamente à amostra total são cerca de dois anos mais velhos e estão no lar também há mais dois anos, aproximadamente.

Para monitorizar os cuidados aos “acamados” incluímos as variáveis: frequência semanal das mobilizações e do levante para cadeira e frequência diária das alternâncias de decúbito/posicionamentos e massagem da pele na zona das proeminências ósseas; local do

banho geral; via de fornecimento dos alimentos; administração de água ao longo do dia; registo de dejeções; e pesquisa de fecalomas.

Como se observa na tabela 52, a frequência semanal das mobilizações é praticamente nula, a frequência do levantar para cadeirão é em média, 4 vezes por semana, a frequência diária dos posicionamentos é em média 7 vezes e a frequência da massagem das proeminências ósseas é em média, 2 vezes por dia.

**Tabela 52 - Frequência das mobilizações, levantar, mudança de posição e massagem das proeminências ósseas, aos acamados.**

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Frequência das mobilizações/semana	104	0	12	,44	2,12
Frequência do levantar para cadeira/semana	104	0	14	3,88	3,92
Frequência dos posicionamentos/dia	104	2	12	7,40	1,68
Frequência massagem proeminências ósseas/dia	104	0	8	1,66	1,65

Em relação ao local do banho geral a maioria, 54%, toma banho geral habitualmente no chuveiro, 26%, na cama, e os restantes 20%, tomam banho habitualmente na cama e uma vez por mês ou uma vez por semana no chuveiro (tabela 53).

**Tabela 53 - Local habitual do banho geral dos acamados.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Banho geral - local	Cama	27	26,0
	<b>Chuveiro</b>	<b>56</b>	<b>53,8</b>
	Cama e 1 x semana no chuveiro	10	9,6
	Cama e 1x mês no chuveiro	11	10,6

A maioria dos acamados, 59,6% (n=62), é alimentada por via oral e os restantes por sonda nasogástrica, 38,5% (n=40), ou de gastrostomia, 1,9% (n=2).

Como podemos observar na tabela 54, quase todos são hidratados ao longo do dia, 92,3%. Na maioria dos casos não há registo de dejeções, 54,8%. A pesquisa de fecalomas em geral não é realizada, há registo de apenas um caso que corresponde a uma PI com história de impatção fecal, que precisa habitualmente de extração das fezes.

**Tabela 54 - Administração de água e vigilância da eliminação intestinal, dos acamados.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Administração de água ao longo do dia	Não	8	7,7
	<b>Sim</b>	<b>96</b>	<b>92,3</b>
Registo de dejeções	<b>Não</b>	<b>57</b>	<b>54,8</b>
	Sim	47	45,2
Pesquisa de fecalomas em SOS	<b>Não</b>	<b>103</b>	<b>99,0</b>
	Sim	1	1,0

### ***Caraterização dos Lares***

Para caraterização do *Lar* ou ERPI, utilizamos um instrumento construído para o efeito, anexo III, que inclui 8 dimensões: 1) *Informações gerais* relativas a capacidade, lotação, direção técnica, natureza jurídica da instituição, regime de visitas e controlo de entrada e saída dos residentes; 2) *Edifício residencial* que inclui a acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada interior e exterior, o tipo de alojamento disponível, a existência de sala de convívio e refeições, capela, gabinete médico e de enfermagem ou sala de tratamentos, ginásio e outros serviços de apoio; 3) *Alimentação* inclui o número e horário das refeições, as dietas disponíveis e consistências e a composição das refeições; 4) *Cuidados de higiene e vestuário* refere-se às normas de higiene e vestuário; 5) *Eliminação* inclui o controlo e registo das dejeções e a promoção do autocontrolo continência urinária; 6) *Oferta de exercício e atividades de lazer*; 7) *Cuidados de saúde* que inclui as consultas médicas e de enfermagem e respetiva periodicidade, avaliação inicial e periódica de enfermagem, a gestão da medicação, do material de uso clínico e dos resíduos; 8) *Recursos humanos* nomeadamente enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, outros técnicos e respetivos horários, pessoal de apoio direto aos residentes e respetiva formação, outro pessoal auxiliar e voluntários.

No anexo X apresentamos as tabelas dos resultados obtidos para cada dimensão, que passamos a descrever de forma sucinta.



### ***Informações gerais***

Todos os lares incluídos no estudo são de instituições de solidariedade social (sem fins lucrativos) com capacidade para 80 a 300 pessoas idosas e uma taxa de ocupação que varia entre os 83% e 100%. Metade pertencente a Santas Casas de Misericórdia, dois são associações de solidariedade social, uma fundação de solidariedade social, uma instituição particular de solidariedade social, um pertence a uma irmandade/ordem religiosa e um pertence a um Centro Social paroquial.

A maioria dos diretores técnicos é assistente social (5) ou psicólogo (4).

O regime de visitas, em metade dos lares funciona em horário fixo, diariamente. Dois têm horário flexível, um tem horário livre e três têm horário livre com restrições no acesso a algumas áreas, como é o caso das enfermarias ou dos quartos das PI. Em todos os lares foi referida disponibilidade para visitas noutros horários sempre que se justifique. Em sete dos lares há controlo das entradas e saídas dos residentes e em cinco não há controlo, mas é solicitado aos idosos/família que avisem quando vão passar o dia todo fora e/ou se não vierem dormir.

### ***Edifício residencial***

A acessibilidade exterior a pessoas com mobilidade condicionada só é possível de forma autónoma em quatro lares, nos restantes há barreiras arquitetónicas como degraus, piso irregular e rampas com declives acentuados que obrigam a ajuda de pessoas. A acessibilidade no interior vai sendo ajustada pontualmente às necessidades. Em todos os lares com vários pisos, (um único lar tem só um piso) há elevadores e mobilização dos recursos para os pisos onde estão as pessoas com mobilidade condicionada evitando que tenham que se deslocar. Há um lar cujo único acesso ao 1º andar (onde se encontram as PI acamadas) são escadas.

Relativamente ao tipo de alojamento existe grande variabilidade, entre lares e no mesmo lar: residentes alojados em quartos individuais, duplos, triplos, quádruplos, quintuplos e sêxtuplos, com e sem WC individual. A maioria dos lares permite aos residentes trazer o mobiliário próprio, se o alojamento for em quarto individual, bem como ter televisão e frigorífico no quarto.

Todos os lares têm sala de convívio/estar. Alguns têm várias salas (geralmente uma por piso) outros têm apenas uma. Todos têm refeitório/sala de refeições.

A maioria dos lares, 11, tem capela. Todos dispõem de gabinete médico e de enfermagem, que em alguns casos é comum, noutros a sala de tratamentos e gabinete de enfermagem são num espaço comum. Dois lares têm farmácia, nos restantes os medicamentos estão num armário no gabinete de enfermagem.

Metade dos lares tem ginásio nos restantes as aulas de ginástica, funcionam na sala de convívio. Todos os lares têm cozinha e lavandaria/rouparia, embora em cerca de metade sejam partilhados com outras valências da mesma instituição. Alguns (4) têm ainda salão de cabeleireiro/barbeiro.

A maioria tem aquecimento, 11, e 5 têm ar condicionado. Destes, 2 têm ar condicionado apenas nas áreas comuns e um só tem ar condicionado na área onde se encontram as PI acamadas.

### ***Alimentação***

O número de refeições servidas oscila entre 4 e 5. O horário do pequeno-almoço varia entre as 8,30 e as 9h na generalidade dos lares, o almoço entre as 11,30 e as 13,30h, o lanche entre as 15 e as 17,30h e o jantar entre as 18,30 e as 20,30h. O horário da ceia, quando existe, é pelas 21/22h. Relativamente ao tipo de dietas disponíveis, na maioria dos lares existe dieta geral e cozidos/grelhados. A composição das refeições, ao pequeno-almoço e ao lanche, não difere muito sendo constituído por leite, cevada, chá e pão, em geral com manteiga. Só um lar disponibiliza ao pequeno-almoço quivi ou fibra para pessoas com obstipação. O almoço e jantar em geral são constituídos por sopa, prato de carne ou peixe, salada ou legumes cozidos e sobremesa. Em dois lares, ao jantar não há prato de carne/peixe. A ceia também é muito semelhante variando entre leite, cevada e chá, bolachas tipo “maria” ou de água e sal e em alguns lares, iogurte.

### ***Cuidados de higiene e vestuário***

Relativamente à higiene, as normas para o banho geral, variam entre diário e uma vez por semana, para as PI dependentes. As funcionárias de apoio direto são responsáveis pelos cuidados de higiene e vestuário. Todos os lares dispõem de tratamento da roupa.

### ***Eliminação***

Em relação à eliminação, apesar de quase todos os lares manterem registo das fraldas gastas, só cerca de metade (5) mantém habitualmente registo das dejeções dos dependentes. Nenhum lar tem implementado plano para promoção da continência urinária.

### ***Oferta de exercício e lazer***

Quase todos os lares oferecem aulas de ginástica com professor de educação física, uma a duas vezes por semana, geralmente para todas as PI em conjunto. Relativamente às atividades de lazer, as mais frequentes além da televisão são os trabalhos manuais, os jogos de cartas/tabuleiro e os passeios.

### ***Cuidados de saúde***

A organização e oferta de cuidados de saúde é muito variável, em alguns casos a vigilância de saúde é assegurada pelo lar noutros pelo Centro de saúde, e noutros ainda por ambos. Em quase todos os lares (10) as PI estão inscritas na Unidade de saúde da área de implantação do lar (o que nos foi referido pelos enfermeiros ou pelas PI, como obrigatório). A avaliação inicial de enfermagem, mais ou menos completa, existe na maioria dos lares (11), a avaliação periódica é menos frequente (3). Os formulários utilizados e a informação que contém são muito variáveis. Consultas de enfermagem não existem. As consultas médicas de vigilância, em dois lares são realizadas exclusivamente no centro de saúde, em 7 lares há consultas médicas no lar, agendadas pela PI ou pelo enfermeiro. Nos restantes as consultas são quando é considerado necessário, sem

regularidade. Todos referem garantir consulta médica e controlo analítico anuais, a todas as PI e em todos os lares as receitas de medicação crónica são passadas pelo médico do lar.

A preparação e administração da medicação são da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros em 6 lares, em 3 a preparação é da responsabilidade dos enfermeiros e a distribuição/administração é pelas funcionárias de apoio direto e em três lares a preparação e administração é realizada por funcionárias de apoio direto. A preparação da medicação é por sistema de cartões e preparada para 24 horas, em 3 lares. Num destes lares (o único da amostra), os medicamentos são colocados nos copos de medicação, com o involucro próprio, só sendo retirados no momento da administração. Em 7 lares a preparação é para uma semana, em caixas individuais e os medicamentos são retirados do blister. Um lar tem o mesmo sistema, com preparação para 24 horas. Um lar tem carro de unidose e a medicação é preparada para 4 dias.

### ***Recursos humanos***

Todos os lares dispõem de médico, em média, 4h por semana.

Todos dispõem de enfermeiro, no entanto o número de profissionais e o número de horas diárias ou semanais de serviço de enfermagem, varia desde 4 a 24h/dia.

Metade dos lares refere dispor de Nutricionista. A presença de outros técnicos é muito variável. Os mais frequentes são psicólogo, assistente social e animador social. Os funcionários de apoio direto e outro pessoal auxiliar, são em número variável, sendo em todos os lares, o grupo profissional mais numeroso. As designações diferem assim como a organização do trabalho (por turnos ou horário fixo) e a diferenciação das tarefas, em alguns lares estão bem definidas, noutros há maior indiferenciação, essencialmente entre as atividades de limpeza e apoio direto.

As funcionárias de apoio direto, têm formação variável em função da instituição e/ou da antiguidade. As funcionárias admitidas mais recentemente (um número bastante reduzido), em quase todos os lares, têm formação de ajudante de lar (um curso de 3 meses da segurança social) ou técnico auxiliar de saúde (curso profissional), as mais antigas não têm formação específica para cuidar de idosos. Dos 12 lares incluídos no estudo, apenas 5 contam com o apoio de voluntários.

***Fidelidade da escala de autocuidado***

Para avaliar a validade da análise fatorial à amostra em estudo, utilizou-se o critério do KMO; observou-se um KMO = 0,973 para a escala de autocuidado e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,001$ ); procedeu-se à Análise em Componentes Principais (ACP).

Na análise em componentes principais identificou-se a existência de 6 dimensões de autocuidado. As componentes identificadas foram: Transferir-se, Andar, Erguer-se e usar o sanitário; Higiene; Vestir /despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; e Virar-se.

Na tabela 55, apresenta-se a percentagem de variância explicada pelas componentes principais. A primeira componente explicou 69.8% do total da variância.

**Tabela 55 - Percentagem de variância explicada pelas componentes.**

<b>Componentes</b>	<b>% Variância</b>	<b>% Variância cumulativa</b>
1 - Transferir-se, andar, erguer-se e usar o wc	69,85	69,85
2 – Higiene	8,52	78,37
3 - Vestir / despir-se	4,65	83,02
4 - Alimentar-se	3,37	86,39
5 - Arranjar-se	2,14	88,53
6 - Virar-se	1,71	90,24

Na tabela 56, resumem-se os pesos fatoriais de cada item em cada uma das seis dimensões da escala.

**Tabela 56 - Pesos fatoriais de cada item nas 6 dimensões retidas.**

Item	Transferir; Andar; Erguer; Usar o wc	Higiene	Vestir/ despir	Alimentar	Arranjar	Virar
Despir as roupas	,732					
Vestir as roupas	,734					
Erguer-se da posição horizontal	,739					
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio	,745					
Colocar-se na posição vertical preparado par andar	,765					
Erguer-se da posição horizontal	,717					
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio	,717					
Deslocar-se da cama para a cadeira	,718					
Colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio	,804					
Mover-se com marcha eficaz	,820					
Subir e descer degraus de forma eficaz	,771					
Andar em aclives e declives de forma eficaz	,828					
Percorrer pequenas distâncias dentro do quarto	,813					
Percorrer distâncias moderadas	,822					
Sentar-se e posicionar-se de forma segura e confortável	,719					
Posicionar-se na sanita/arrastadeira	,742					
Fazer higiene íntima após urinar/evacuar	,725					
Erguer-se da sanita	,741					
Obter objetos para o banho		,918				
Abrir a torneira/regular a temperatura da água		,918				
Aplicar gel e lavar a metade superior do corpo		,921				
Aplicar gel e lavar a metade inferior do corpo		,919				
Secar a parte superior do corpo		,919				
Secar a parte inferior do corpo		,919				
Cuidar das unhas das mãos		,645				
Cuidar das unhas dos pés		,597				

[...]

[...]

Item	Transferir; Andar; Erguer; Usar o wc	Higiene	Vestir/ despir	Alimentar	Arranjar	Virar
Escolher as roupas			,680			
Retirar as roupas da gaveta/armário			,690			
Vestir/despir a parte superior do corpo			,723			
Vestir/despir a parte inferior do corpo			,716			
Abotoar/desbotoar as roupas			,723			
Usar fechos e velcros			,719			
Calçar/descalçar meias			,681			
Calçar e descalçar sapatos ou chinelos			,694			
Colocar os alimentos nos talheres e levar à boca				,800		
Pegar e beber por copo ou chávena				,804		
Manipular os alimentos na boca e mastigar				,840		
Deglutir e concluir a refeição				,833		
Pentear os cabelos					,671	
Barbear-se/aplicar maquilhagem					,674	
Usar o espelho					,688	
Aplicar desodorizante					,694	
Manter higiene oral/lavar os dentes					,681	
Manter o nariz desobstruído e limpo					,424	
Mover ligeiramente o corpo aliviando zonas de pressão						,595
Rodar o corpo de forma a alternar decúbitos						,505
Posicionar-se com alinhamento do corpo						,587

Em relação à solução inicial de 9 componentes, a análise fatorial realizada identifica 6 componentes, de acordo com o critério de kaiser, e com a percentagem de variância explicada. Os itens que na solução inicial estavam nos fatores/ componentes: transferir-se, andar, erguer-se e usar o wc tem características (pesos fatoriais) que justificam a sua inclusão numa única componente: transferir-se, andar e erguer-se e usar o sanitário.

Os itens, cortar/cuidar das unhas das mãos e cortar/cuidar das unhas dos pés da componente arranjar-se, têm características (pesos fatoriais) que justificam a sua transferência para a componente higiene.

**Tabela 57 - Consistência interna das dimensões da escala.**

<b>Dimensão</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>Itens (n°)</b>
Transferir-se, andar, erguer – se e usar o wc	0,986	18
Higiene	0,978	8
Vestir-se e despir-se	0,989	8
Alimentar-se	0,958	4
Arranjar-se	0,973	6
Virar-se	0,975	3
<b>Total</b>	<b>0,990</b>	

A análise da consistência interna, que apresentamos na tabela 57, foi realizada pelo alpha de Cronbach. O valor total dos itens foi de 0.990 e como é superior 0,8 considera-se com boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2003). Em todas as dimensões do questionário o valor do alpha de Cronbach foi superior a 0,9 o que indica uma muito boa consistência interna.

### ***Relações entre as variáveis***

De acordo com os objetivos do estudo e os resultados da revisão da literatura efetuada, exploramos a existência de relações entre variáveis, que por uma questão de organização e para facilitar a leitura, iremos apresentar seguindo a ordem de apresentação dos resultados relativos à estatística descritiva. Pelo elevado número de variáveis envolvidas, iremos apresentar apenas os resultados com significado estatístico.

### ***Relações familiares e causas da institucionalização***

A maioria dos estudos na população idosa institucionalizada refere que com o passar dos anos há uma diminuição das visitas e da interação social com o exterior. Sendo a qualidade das relações e o “sentir-se ligado” fatores importantes para a saúde e bem-estar psicológico, social e emocional, exploramos as relações entre as variáveis: *frequência das visitas e frequência das saídas com idade de ingresso; anos de permanência no lar; estado mental; estado cognitivo; score MMSE; score DGS-15; e score de satisfação global.*

Há uma associação significativa entre a frequência das visitas e o estado cognitivo. Como se observa na tabela 58, a frequência das visitas é superior em todas as opções, *várias vezes*



*por semana, semanalmente, mensalmente, esporadicamente e sem visitas*, para as PI com alterações do estado cognitivo, o que poderá indicar que face à alteração do estado cognitivo a família reage de duas formas distintas, ou assume um papel mais protetor, visitando a PI com maior regularidade, ou afasta-se, deixando de visitar a PI. A gravidade do défice cognitivo é outro fator que poderá estar associado à frequência das visitas aumentando nas fases iniciais, quando a pessoa deixa de poder sair, mas ainda interage com a família e diminuindo quando a PI perde a capacidade de comunicar.

Há uma associação significativa entre a frequência das visitas e o estado mental da PI.

A frequência de visitas é superior em todas as opções, para as PI com estado mental normal, exceto na opção *sem visitas*, que é superior nas PI com estado mental alterado. Ou seja as PI com alterações do estado mental recebem menos visitas do que as PI com estado mental normal e são as que mais frequentemente nunca recebem visitas.

**Tabela 58 - Associação entre a frequência das visitas o estado cognitivo e o estado mental.**

Frequência das visitas	Estado cognitivo			Estado mental		
	Normal	Alterado	<i>p</i>	Normal	Alterado	<i>p</i>
Várias X semana	34,2%	65,8%	0,003	60,4%	39,6%	<0,001
1 X semana	37,3%	62,7%		63,7%	36,3%	
1 X mês	36,8%	63,2%		62,8%	37,2%	
Esporadicamente	38,5%	61,5%		63,3%	36,7%	
Sem visitas	17,9%	82,1%		36,8%	63,2%	

Há uma associação significativa entre a frequência das saídas e o estado cognitivo; e entre a frequência das saídas e o estado mental. Como se observa na tabela 59, enquanto as PI com estado cognitivo normal saem com regularidade, entre as PI que *nunca* saem a maioria, 63,2%, tem estado cognitivo alterado. Relativamente ao estado mental, enquanto a maioria das PI com estado mental normal sai, seja *diariamente, semanalmente, ou mensalmente*; a maioria das PI com estado mental alterado *nunca* sai (88,3%), ou sai *esporadicamente* (64,4%).

Estes resultados, tal como os relativos às PI com défice cognitivo podem em parte ser explicados pela necessidade de sair acompanhado, no caso de haver alteração do estado

mental e /ou cognitivo, que impeçam a PI de o fazer sozinha. Nesse caso as possibilidades de sair serão menores por ser necessária disponibilidade de um acompanhante.

**Tabela 59 - Associação entre a frequência saídas e o estado cognitivo e mental.**

Frequência das saídas	Estado cognitivo			Estado mental		
	Normal	Alterado	<i>p</i>	Normal	Alterado	<i>p</i>
Diariamente	60,4%	39,6%	<0,001	80,6%	19,4%	<0,001
1 X semana	63,7%	36,3%		58,4%	41,6%	
1 X mês	62,8%	37,2%		53,1%	46,9%	
Esporadicamente	63,3%	36,7%		35,6%	64,4%	
Nunca	36,8%	63,2%		11,7%	88,3%	

Na tabela 60 apresentamos as correlações de Pearson entre as variáveis, visitas, saídas, idade, tempo de permanência no lar, processo psicológico e satisfação global: os anos de permanência da PI no lar e a frequência das visitas estão correlacionados negativamente, significando que a frequência das visitas diminui à medida que aumenta o número de anos de permanência no lar; há uma correlação positiva significativa entre a frequência das visitas e a frequência das saídas, o que significa que quando diminui a frequência das visitas, também diminui a frequência das saídas, diminuindo portanto, as relações da PI com a família/pessoas significativas e com o exterior; a frequência das visitas está positivamente relacionada com a idade de ingresso no lar, a satisfação global e o desempenho cognitivo medido pelo MMSE, o que significa que entrar no lar mais tarde está associado a maior frequência de visitas; a maior frequência de visitas está associada maior satisfação global e melhor desempenho cognitivo (maior score no MMSE); a frequência das saídas está negativamente correlacionada com a idade de admissão, a idade atual da PI, e o score da escala de depressão, DGS-15. O que significa que a menor frequência de saídas está associada maior idade na admissão, maior idade atual e maior score na DGS-15, ou seja maior probabilidade de ter depressão (score superior a 5 indica depressão). Há ainda uma correlação positiva significativa, entre a frequência das saídas, a satisfação global e o desempenho cognitivo. A maior frequência de saídas está associada maior satisfação global e melhor desempenho cognitivo.

**Tabela 60 – Correlações de Pearson: visitas, saídas, idade, tempo de permanência no lar, processo psicológico e satisfação global.**

	Saídas	Idade admissão	Satisfação global	Idade	Anos de permanência no lar	DGS - 15	MMSE
Visitas	0,068*	0,139**	0,082**	-0,002	-0,208**	0,025	0,114**
Saídas		-0,077**	0,455**	-0,143**	0,058	-0,228**	0,393**

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$ ***Relação entre a alimentação e o desempenho cognitivo***

Há diferenças significativas no score médio do MMSE, entre as PI que não têm habitualmente necessidade de mastigar (dieta de consistência mole, pastosa e líquida) e as PI que habitualmente têm necessidade de mastigar (dieta de consistência normal e normal com carne/peixe picado),  $t(386) = 5,1$ ,  $p < 0,001$ . As PI com dieta de consistência normal apresentam melhores resultados no MMSE, do que as PI com dieta mole, líquida ou pastosa.

***Relação entre os hábitos de exercício e a saúde e bem-estar da PI***

Considerando a influência do exercício na saúde e bem-estar da PI, descrita na literatura, comparamos o comportamento dos dois grupos (PI com hábitos de exercício e PI sem hábitos de exercício) relativamente à depressão (*Score da DGS-15*), desempenho cognitivo (*score MMSE*), risco de queda (*Score da escala de Downton*), *doenças crónicas*, *compromisso dos processos corporais*, *satisfação global*, *nível global de dependência no autocuidado*, e *variedade de fármacos consumidos*.

Há diferenças significativas, entre as PI que têm hábitos de exercício e as que não têm, em todas as variáveis consideradas. As PI que têm hábitos de exercício estão menos deprimidas,  $t(378) = 4,9$ ,  $p < 0,001$ ; apresentam melhor desempenho cognitivo,  $t(380) = -2,6$ ,  $p = 0,009$ ; têm menos risco de queda,  $t(368) = 3,1$ ,  $p = 0,002$ ; têm menos doenças crónicas,  $t(377) = 3,7$ ,  $p < 0,001$ ; têm menos compromissos dos processos corporais,  $t(380) = 5,3$ ,  $p < 0,001$ ; estão globalmente mais satisfeitas,  $t(385) = -14,4$ ,  $p < 0,001$ ; são

mais independentes no autocuidado,  $t(385) = -4,4$ ,  $p < 0,001$ ; e tomam menor variedade de fármacos,  $t(381) = 3,4$ ,  $p < 0,001$ , do que as PI que não têm hábitos de exercício.

### ***As atividades de lazer e a sua relação com a saúde e bem-estar da PI***

Um dos aspetos referidos pelas PI para a ausência de atividades de lazer foram as dificuldades de visão e o analfabetismo. Explorando as relações dos hábitos de lazer com a escolaridade e com a acuidade visual, verificamos que há uma associação significativa entre ter ou não hábitos de lazer e a escolaridade,  $\chi^2(1) = 7,50$ ;  $p = 0,023$ , sendo que 14,6% das PI sem escolaridade não têm hábitos de lazer, enquanto entre as PI com o 1º ciclo a percentagem dos que não têm hábitos de lazer desce para 6,3% e entre as PI com o 2º ciclo ou mais, desce mais ainda, para 4,9%. Para a acuidade visual os resultados não foram estatisticamente significativos.

Em relação à influência dos hábitos de lazer na saúde das PI, exploramos as relações entre os hábitos de lazer e a depressão (score da DGS 15), o desempenho cognitivo (Score MMSE), o risco de queda (Score da escala de Downton), o nível global de dependência no autocuidado, as doenças crónicas, o compromisso dos processos corporais e a satisfação global, sendo que não se verificaram correlações entre os hábitos de lazer e as doenças crónicas, o compromisso dos processos corporais e a satisfação global.

Há uma correlação negativa significativa entre os hábitos de lazer e o score da escala de depressão,  $r_{pb} = -0,20$ ,  $p < 0,001$ , e entre os hábitos de lazer e o score da escala de Downton,  $r_{pb} = -0,18$ ,  $p < 0,001$ . E uma correlação positiva significativa entre os hábitos de lazer e o score do MMSE,  $r_{pb} = 0,18$ ,  $p < 0,001$ , e entre os hábitos de lazer e o score do nível global de dependência no autocuidado,  $r_{pb} = 0,16$ ,  $p = 0,002$ . Assim, ter hábitos de lazer está associado a menor depressão e menor risco de queda, melhor desempenho cognitivo e maior nível global de independência no autocuidado.

Explorando as relações entre o tipo de atividades de lazer realizadas e as mesmas variáveis, observamos uma correlação positiva significativa entre o score do MMSE e os jogos de cartas/tabuleiro, a realização de trabalhos manuais, e os hábitos de leitura; uma correlação positiva significativa entre o score do nível global de dependência no autocuidado e passear, e os hábitos de leitura; e uma correlação positiva significativa entre o score de compromisso dos processos corporais e ver televisão. Uma correlação negativa significativa entre o score da escala DGS 15 e a realização de trabalhos manuais; entre o

score do nível global de dependência no autocuidado e ver televisão; entre o score de compromisso dos processos corporais e passear, e entre o score da escala de Downton e passear, como se pode observar no quadro 1. As atividades de lazer: jogos de cartas/tabuleiro, trabalhos manuais e ler estão associadas a um melhor desempenho cognitivo; as atividades de lazer: passear e ler estão associadas a um maior nível global de independência no autocuidado; a atividade de lazer: ver televisão está associado a maior compromisso dos processos corporais e menor nível global de independência no autocuidado (ou seja, maior dependência); a realização de trabalhos manuais está associada a menor depressão; e passear está associado a menor compromisso dos processos corporais e menor risco de queda. No quadro 1 apresentamos a síntese das atividades de lazer e respetivas associações com as diferentes dimensões da saúde e funcionalidade das PI.

**Quadro 1 - Correlações entre as atividades de lazer e dimensões da saúde e bem-estar da pessoa idosa.**

Atividades de lazer	Correlação
Jogos de cartas/tabuleiro	↑ MMSE (Desempenho cognitivo) *
Trabalhos manuais	↑ MMSE (Desempenho cognitivo) * ↓ DGS -15 (Depressão) *
Leitura	↑ MMSE (Desempenho cognitivo) ** ↑ Score autocuidado global (Independência no autocuidado) *
Passear	↑ Score autocuidado global (Independência no autocuidado) ** ↓ Score Compromisso dos processos corporais** ↓ Escala de Downton (Risco de queda) *
Ver televisão	↑ Score Compromisso dos processos corporais** ↓ Score autocuidado global (Independência no autocuidado) *

\*\*  $p < 0,01$  ; \*  $p < 0,05$

***Relações entre os hábitos e a qualidade do sono/repouso***

Há uma associação entre o género e ter ou não alterações do sono,  $\chi^2(1) = 4,28$ ,  $p = 0,028$ . Entre as PI que referem alterações do sono, 34% são do sexo feminino e 23%, são do sexo masculino.

Considerando as variáveis envolvidas nas horas de sono e qualidade do mesmo, comparamos as PI que referem alterações do sono, com as PI que não referem alterações

do sono, no que respeita ao *número de horas de sono diárias*, à *hora habitual de deitar e levantar*, ao *número de horas passadas na cama*, e aos *hábitos de preparação para dormir*.

Há diferenças significativas relativamente ao número de horas de sono/noite,  $t(386) = 10,6$ ,  $p < 0,001$ ; à hora habitual de deitar,  $t(149) = 2,69$ ,  $p = 0,008$ ; e à hora habitual de levantar,  $t(386) = 2,02$ ,  $p = 0,044$ . As PI que não referem alterações do sono dormem mais horas, deitam-se mais tarde e levantam-se mais tarde, do que as PI que referem alterações do sono. Não há diferenças significativas relativamente ao número de horas passadas na cama, nem aos hábitos de preparação para dormir.

### ***Hábitos e estilos de vida: comparação dos resultados de cada lar***

Com o intuito de tentar encontrar fatores que possam ser facilitadores ou dificultar a adoção de hábitos/estilos de vida mais saudáveis, comparamos os hábitos das PI das diferentes ERPI, de modo a identificar diferenças significativas e posteriormente identificar os fatores que poderão contribuir para essas mesmas diferenças. A identificação dos fatores com influência positiva e negativa, pode contribuir para a melhoria das ERPI, enquanto ambiente promotor de hábitos e estilos de vida saudáveis.

### ***Alimentação***

Em relação ao número de refeições diárias, não há diferenças significativas, entre os lares. No entanto há associações significativas entre a existência de nutricionista e: a satisfação com a alimentação,  $X^2(1) = 7,60$ ,  $p = 0,006$ ; a ingestão de alimentos além dos fornecidos pelo lar,  $X^2(1) = 5,85$ ,  $p = 0,016$ ; e a dieta habitual  $X^2(1) = 4,92$ ,  $p = 0,027$ . A percentagem de PI satisfeitas com a alimentação é superior nos lares sem nutricionista, 89,3%, à dos lares com nutricionista, 79,2%, assim como a percentagem de PI que ingerem alimentos além dos fornecidos pelo lar, 75,4%, nos lares sem nutricionista e 63,9% nos lares com nutricionista. Em relação ao tipo de dieta a percentagem de PI que fazem dieta geral é superior nos lares com nutricionista, 90,3%, do que nos lares sem nutricionista, 82%.

Observamos também associações significativas entre o nº de refeições fornecidas pelo lar e a ingestão de alimentos além dos fornecidos,  $X^2(1) = 14,19$ ,  $p < 0,001$ ; nos lares que fornecem quatro refeições diárias, a percentagem de PI que ingerem alimentos além dos fornecidos, 82,7%, é superior à dos lares que fornecem cinco refeições diárias, 64,7%.

### ***Higiene pessoal e eliminação***

Relativamente à higiene há uma correlação positiva entre o nível de dependência no autocuidado cuidar da higiene pessoal e a frequência de oferta do banho geral, bem como com a satisfação com a higiene (tabela 61). Assim maior independência no autocuidado higiene está associada a maior satisfação com a higiene e maior frequência na oferta de banho-geral. A maior frequência na oferta está também associada maior satisfação com a higiene.

**Tabela 61 - Correlações de Pearson - higiene pessoal.**

	Satisfação com a higiene	Frequência banho geral - oferta
Nível de dependência autocuidado higiene	0,461**	0,172**
Satisfação com a higiene		0,145**

\*\*  $p < 0,01$

Relativamente aos hábitos de higiene e asseio pessoal há diferenças significativas entre os lares, nomeadamente no que se refere à frequência do banho geral e parcial, lavagem das mãos e dentes e nº de vezes que vão ao barbeiro/cabeleireiro. Assim, relativamente à frequência do banho geral o lar 12 é o que apresenta média superior (média= 4,95; DP= 2,59). O que apresenta média inferior é o lar 52 (média= 1,13; DP= 0,35), seguido do lar 42 (média= 1,16; DP= 0,38).

Observando a tabela 62 e analisando o lar 12 em comparação com os restantes, concluímos que a diferença poderá dever-se ao facto de a maioria dos quartos ter casa de banho individual com base de chuveiro e algumas ainda com banheira, mas sem bidé. A ausência de bidé foi referida por algumas PI, quando questionadas relativamente à higiene, como ilustra o relato seguinte: *“Eu em casa tomava menos vezes, lavava-me por baixo e os pés no bidé (...), aqui já que tenho que me despir e tenho, em vez de me estar a lavar aos bocados, lavo tudo, a cabeça é que não...”* D1L2I18.

Outro fator que poderá contribuir para a diferença prende-se com a data da colheita de dados, que neste Lar, ocorreu no período de verão, durante os meses de Junho, Julho e Agosto de 2014, altura em que pelo calor, as PI tomam banho geral com maior frequência: “*Agora no verão é todos os dias, porque transpiro muito, no inverno já é menos vezes...*” D1L2I76. Nos lares com médias inferiores a maioria dos quartos não tem casa de banho e a colheita de dados, foi efetuada em alturas, menos quentes, (no lar 42, no fim de Setembro de 2014 e no lar 52, em Maio de 2014).

**Tabela 62 - Banho geral – frequência semanal, por lar.**

	Lares												<i>p</i>
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	88	33	30	12	21	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	5,0	2,1	2,6	2,1	3,4	3,9	3,0	4,0	1,9	1,2	3,4	1,1	
<b>DP</b>	2,6	2,0	2,5	1,9	2,4	2,9	2,6	1,8	1,9	0,4	2,3	0,4	

No que se refere à frequência do banho parcial, que apresentamos na tabel 63, a diferença é significativa entre o lar 51, que é o que apresenta média inferior (média= 3,65; DP=2,29) e todos os lares, com média superior a 5 (lar 13,14, 33, 36, 41 e 42), o que pode ser explicado pelo facto fazer parte das normas de higiene do lar 51, o banho geral diário. Embora as PI independentes para o autocuidado higiene possam manter os seus hábitos, a observação da rotina diária, de banho geral para as PI dependentes para cuidar da higiene, acaba por influenciar maior frequência no banho geral, para as PI independentes. A PI poderá entender a norma como “o que é desejável ou esperado”, levando-a a ajustar-se.

**Tabela 63 - Banho parcial - frequência semanal, por lar.**

	Lares												<i>p</i>
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	16	28	15	59	62	17	23	9	19	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	5,0	5,5	5,5	4,5	4,9	5,7	5,4	4,0	5,7	5,8	3,7	4,7	
<b>DP</b>	1,3	1,0	0,9	2,3	1,2	0,8	1,0	0,0	0,7	0,4	2,3	2,5	



Relativamente à frequência de lavagem das mãos, apresentada na tabela 64, há diferenças com significado estatístico entre diversos lares, nomeadamente entre o lar 31 e os lares 13, 14 e 42, entre os lares 12, 36 e 51 e o lar 42. Os lares 31, 51 e 12 são os que apresentam médias mais elevadas. O lar 42 é o que apresenta média inferior.

Alguns dos lares com médias mais elevadas têm lavatórios à entrada do refeitório, o que poderá contribuir para uma frequência superior de lavagem das mãos.

**Tabela 64 - Frequência diária de lavagem das mãos, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	88	33	31	12	21	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	3,3	2,4	2,5	3,0	3,6	2,8	3,2	2,5	2,9	1,8	3,5	2,5	
<b>DP</b>	0,9	1,2	1,0	1,1	1,0	1,2	1,6	1,7	1,4	1,2	1,7	1,2	

A saúde oral e o estado dos dentes foi um dos aspetos da saúde das PI, que mais nos sensibilizou durante a colheita de dados, pelo número de PI que apresentavam, dentes em mau estado, próteses dentárias desajustadas que saíam ao falar e que referiram dor e dificuldade em alimentar-se devido ao mau estado dos dentes e inflamação das gengivas. Na tabela 65 observamos que a frequência de lavagem dos dentes apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o lar 31 (média= 2,08; DP= 0,97) e a maioria dos restantes lares, dois com média inferior a um, nomeadamente o lar 52 (média= 0,60; DP= 0,50) e o lar 42 (média= 0,89; DP= 0,96).

**Tabela 65 - Frequência diária de lavagem dos dentes, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	88	33	31	12	21	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	1,6	1,1	1,4	1,4	2,1	1,1	1,4	1,8	1,0	0,9	1,1	0,6	
<b>DP</b>	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	0,9	1,2	0,6	1,1	1,0	1,2	0,5	

O número de vezes por mês que vai ao barbeiro/cabeleireiro, que apresentamos na tabela 66 apresenta diferenças significativas. Os lares, 21, 33 e 31 são os que apresentam médias

superiores. Os lares, 41 e 13, são os que apresentam médias inferiores. Além da localização do lar, urbana ou rural, o facto de o cabeleireiro/barbeiro, se deslocar ao lar poderão estar na origem das diferenças, mas também fatores culturais e económicos, uma vez que há lares urbanos com médias baixas, como é o caso do lar 12 (média= 0,56 e DP=0,34) e lares com cabeleireiro a deslocar-se ao mesmo, com médias pouco elevadas, como o lar 36 (média= 0,76 e DP=0,77).

**Tabela 66 - Frequência mensal de idas ao barbeiro/cabeleireiro, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	88	33	31	12	21	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	0,6	0,3	0,5	1,3	1,0	1,3	0,8	0,7	0,3	0,4	0,5	0,7	
<b>DP</b>	0,3	0,4	0,3	1,3	1,2	1,3	0,8	0,4	0,5	0,2	0,3	0,3	

Nos hábitos de eliminação não se observaram diferenças significativas, entre as PI dos diferentes lares.

### ***Exercício, lazer e sono/repouso***

Relativamente à frequência de exercício, que apresentamos na tabela 67 há diferenças significativas entre o lar 31 e o lar 13, os que apresentam a média mais alta (média=5,22; DP=1,99) e a mais baixa (média= 3,11; DP= 2,42), respetivamente.

As principais diferenças entre os lares 31 e 13 são as seguintes: o lar 31 tem espaço ao ar livre na própria instituição, para caminhada (quinta) e tem ginásio equipado. Não havia, na data em que foi realizada a colheita de dados, professor de ginástica, mas as PI com hábitos de exercício, mantiveram o hábito. O lar 13 não tem ginásio, há aulas de ginástica com professor 2x por semana, para todas as PI com diferentes níveis de dependência, em simultâneo, na sala de estar polivalente. No período em que decorreu a recolha de dados, não observamos regularidade nas aulas, o que poderá contribuir para a frequência inferior, uma vez que não havendo um espaço próprio para a prática de exercício, será menos provável que a PI faça exercício se na sala estiverem a decorrer outras atividades. Por outro

lado, o lar está localizado, numa zona urbana muito movimentada, com bastante trânsito e passeios irregulares, o que poderá dificultar a saída das PI para ir caminhar (um dos tipos de exercício mais frequente). Existe um espaço exterior com equipamentos desportivos, disponível às PI, que durante o período de recolha de dados, nunca vimos ser utilizados.

**Tabela 67 - Frequência de exercício, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	24	19	15	32	63	16	20	7	11	10	9	10	0,006
<b>Média</b>	4,9	3,1	3,7	3,8	5,2	4,1	3,6	4,0	3,8	5,3	4,9	4,2	
<b>DP</b>	2,0	2,4	2,1	5,2	2,0	2,5	1,9	2,4	2,5	1,5	2,6	2,4	

Há uma associação significativa entre a oferta e os hábitos de lazer,  $\chi^2(1) = 4,43$ ,  $p = 0,035$ . A percentagem de PI com hábitos de lazer é maior nos lares com oferta superior, do que nos lares com menor oferta (95%, vs 89%).

Como se pode observar na tabela 68, há uma correlação positiva significativa entre a oferta de atividades de lazer e o nível global de dependência no autocuidado. Uma correlação negativa significativa entre a oferta de atividades de lazer, além da televisão, e o compromisso dos processos corporais. A maior oferta de atividades de lazer está associada maior independência no autocuidado e menor compromisso dos processos corporais, das PI.

**Tabela 68 - Correlações de Pearson entre a oferta de atividades de lazer, o nível de dependência no autocuidado e o compromisso dos processos corporais.**

	Oferta de atividades de lazer além da televisão
Nível global de dependência no autocuidado	0,328**
Compromisso processos corporais	-0,231**

\*\*  $p < 0,01$

Não há diferenças significativas relativamente ao número de horas de sono e/ou hora de levantar /deitar entre os lares. Como se observa na tabela 69, há uma correlação negativa significativa, entre as condições ambientais que dificultam o sono e sentir-se descansado

depois de dormir, o número de horas de sono e a satisfação com o sono/repouso. Ou seja, à existência de condições ambientais que dificultam o sono, como o ruído ou a luz, está associada menor satisfação com o sono, menor número de horas de sono e não se sentir descansado depois de dormir.

**Tabela 69 - Correlações de Pearson entre as condições ambientais e o sono.**

	Sente-se descansado depois de dormir	Nº de horas de sono diárias	Satisfação com o sono/repouso
As condições ambientais dificultam o sono	-0,128*	-0,133**	-0,362**
Sente-se descansado depois de dormir		0,240**	0,306**
Nº de horas de sono diárias	0,240**		0,265**

\*\* p < 0,01 ; \* p < 0,05

### ***Regime medicamentoso***

Há diferenças significativas na variedade de fármacos, no nº de tomas, no nº de fármacos por toma e na complexidade do regime medicamentoso, como um todo.

Relativamente à variedade de fármacos, que apresentamos na tabela 70, a diferença é significativa entre o lar 31 e os lares 14, 21 e 37; entre o lar 41 e os lares 14 e 37. O lar 37 é o que apresenta um consumo de maior variedade média de fármacos (média=9, DP=2,95), seguido do lar 14 (média= 8,47, DP= 3,09). Os lares com menor variedade de fármacos são o lar 41 (média=5,10, DP=2,78) e o lar 31 (média=5,27, DP=2,76).

**Tabela 70 - Variedade de fármacos de cada pessoa idosa, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	85	33	31	12	20	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	6,7	6,9	8,5	7,1	5,3	6,7	6,6	9,0	5,1	6,7	5,9	7,2	
<b>DP</b>	3,8	3,2	3,1	2,7	2,8	3,1	3,1	3,0	2,8	2,9	2,8	1,4	

Relativamente ao número de tomas por dia, apresentado na tabel 71, a diferença é significativa, entre o lar 21 e os lares 12, 31 e 41; entre o lar 36 e o lar 41. O lar 12 é a que apresenta um menor número médio de tomas diárias (média= 2,73, DP= 0,83) e o lar 21 é o que apresenta um maior número médio de tomas diárias (média=3,49; DP=0,95).

**Tabela 71 - Número de tomas/dia, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	85	33	31	12	20	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	2,7	3,0	3,3	3,5	2,8	2,9	3,4	3,3	2,4	2,9	3,2	3,0	
<b>DP</b>	0,8	1,0	0,7	1,0	0,7	0,7	1,0	1,0	0,7	1,1	1,1	0,9	

Relativamente ao número de fármacos por toma, podemos observar na tabela 72, que a diferença é significativa entre o lar 31 e os lares 14 e 37; entre o lar 37 e os lares 31 e 51. O lar 37 é aquele em que o número médio de fármacos por toma é superior (média= 5,75, DP=1,86), seguida do lar 14 (média=5,16, DP= 2,03). O lar 51 é o que apresenta um número médio de fármacos por toma inferior (média=3, DP=1,41).

**Tabela 72 - Número de fármacos/toma, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	85	33	31	12	20	18	17	15	0,001
<b>Média</b>	4,0	4,0	5,2	3,9	3,3	4,1	3,7	5,8	3,4	4,6	3,0	4,3	
<b>DP</b>	2,5	1,9	2,0	1,6	1,9	2,4	1,8	1,9	2,1	2,0	1,4	1,2	

No que se refere à complexidade do regime medicamentoso, que apresentamos na tabela 73, as diferenças têm significado estatístico, entre o lar 31 e os lares 14 e 37, entre o lar 37 e os lares 31 e 41.

**Tabela 73 - Complexidade do regime medicamentoso, por lar.**

	Lares												p
	L12	L13	L14	L21	L31	L33	L36	L37	L41	L42	L51	L52	
<b>n</b>	41	34	19	59	85	33	31	12	20	18	17	15	<0,001
<b>Média</b>	13,4	13,8	16,9	14,4	11,4	13,7	13,7	18	10,9	14,2	12,1	14,4	
<b>DP</b>	6,7	5,5	5,5	4,6	5,1	5,7	5,4	5,4	5,1	5,3	4,7	2,2	

A variável *complexidade do regime medicamentoso* resultou da soma das variáveis: *variedade de fármacos*; *número de fármacos por toma*; e *número de tomas por dia*. Quanto maior o score obtido, maior a complexidade do regime medicamentoso.

O lar com um regime medicamentoso menos complexo é o lar 41 (média= 10,85; DP=5,10), seguido do lar 31 (média= 11,44; DP=5,08) e os que apresentam um regime medicamentoso mais complexo são o lar 37 (média= 18,08; DP=5,35), seguido do lar 14 (média= 16,94; DP=5,52). No caso do lar 37, poderá estar relacionado com fatores ligados à dependência, uma vez que é o principal critério de admissão. O resultado do lar 31 poderá dever-se ao facto de não termos tido acesso a todas as PI, mas só às que se encontravam fora da enfermaria, que poderão ser as que têm um regime medicamentoso menos complexo. O lar 14 localiza-se junto de um hospital, com o qual partilha algumas unidades orgânicas e recursos humanos, o que poderá concorrer para a maior complexidade do regime medicamentoso, no entanto não é o único lar com estas características. O lar 13 e 37, também se localizam junto de unidades hospitalares pertencentes à mesma instituição com quem partilham recursos.

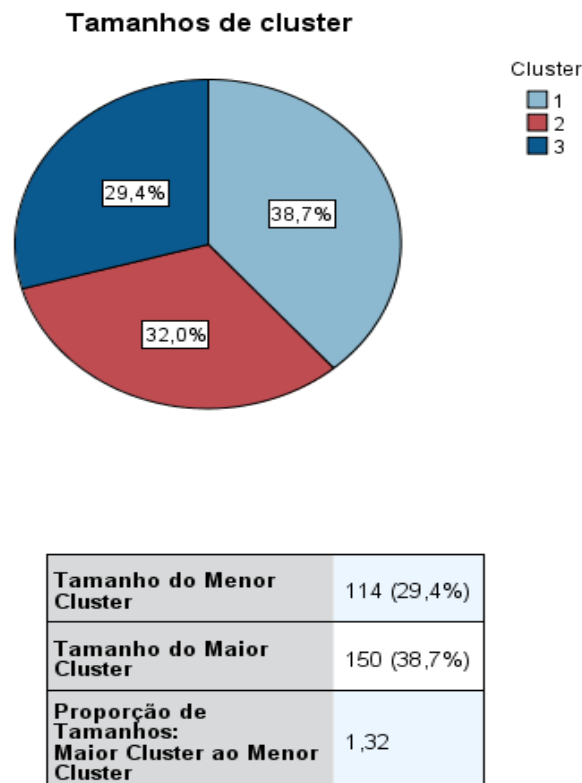
### ***O perfil de autocuidado das PI residentes em lares***

A análise de *clusters* é um procedimento adequado quando, na exploração dos dados, se suspeita que a amostra não é homogénea, procurando classificar um conjunto de dados iniciais em grupos ou categorias que demonstram características similares, usando os valores observados das variáveis que se referem ao fenómeno em estudo. No entanto, desconhecendo-se o número e os elementos do grupo, não se sabe qual o número de *clusters* (Pestana & Gageiro, 2003).

O agrupamento da amostra segundo o perfil de autocuidado foi efetuado entre as PI com capacidade para decidir ( $n=388$ ), tal como considerado para os hábitos e estilos de vida.

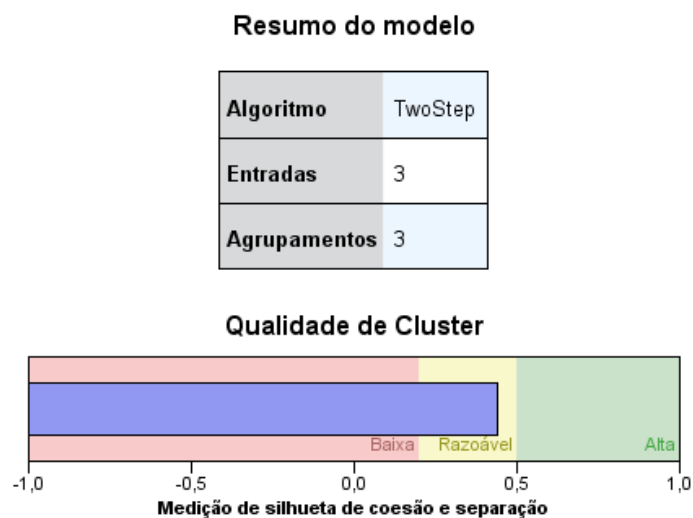
As variáveis de agrupamento foram a *satisfação com a vida*, a *atitude perante a vida* e as *expetativas futuras*.

Obtivemos um agrupamento em três *clusters* com 150 (38,7%), 124 (32%) e 114 (29,4%) PI, respetivamente, como se pode observar na figura 1.



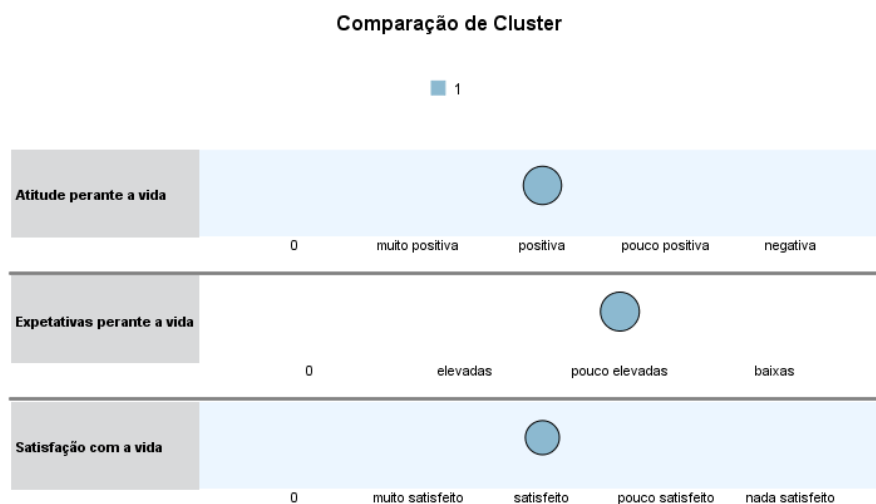
**Figura 1 - Número e tamanhos de *cluster* (3).**

A figura 2 permite-nos observar a qualidade da estrutura do modelo de *clusters* (3) obtido. Pela medida de silhueta (0,4), podemos interpretar que se trata de um modelo com uma qualidade razoável. Um coeficiente de *silhueta* de 1, significa que todos os casos pertencentes ao mesmo *cluster* estão localizados diretamente no centro do respetivo *cluster* e um valor de *silhueta* de -1, significa que todos os casos estão localizados nos centros de fragmentação de outros *clusters* (Pestana & Gageiro, 2003).



**Figura 2 - Estrutura do Modelo de *clusters* (3).**

No *cluster* 1, que designamos: *PI com um perfil de autocuidado responsável* estão as PI com uma atitude positiva perante a vida, satisfeitas com a vida e com expectativas já pouco elevadas.

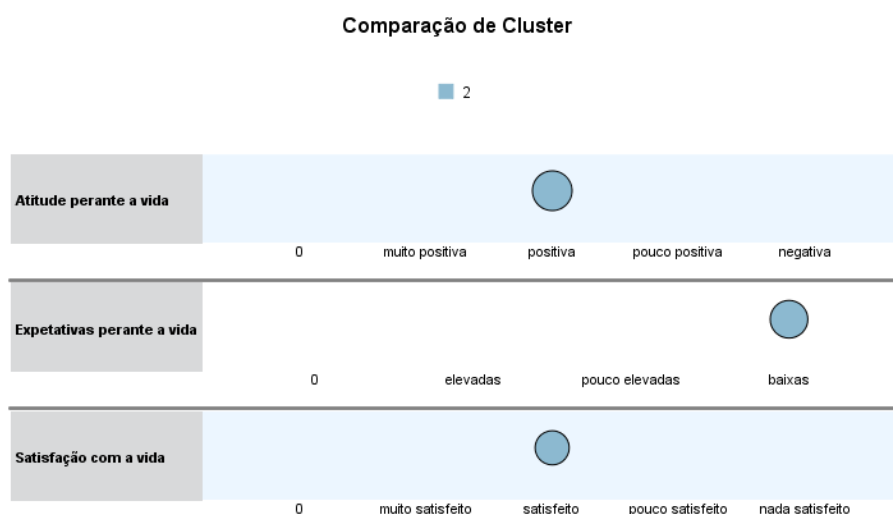


**Figura 3 - Caraterização do *cluster* 1.**

No *cluster* 2, que designamos: *PI com um perfil de autocuidado formalmente guiado* estão as PI que apresentam uma atitude perante a vida também positiva, expetativas baixas,

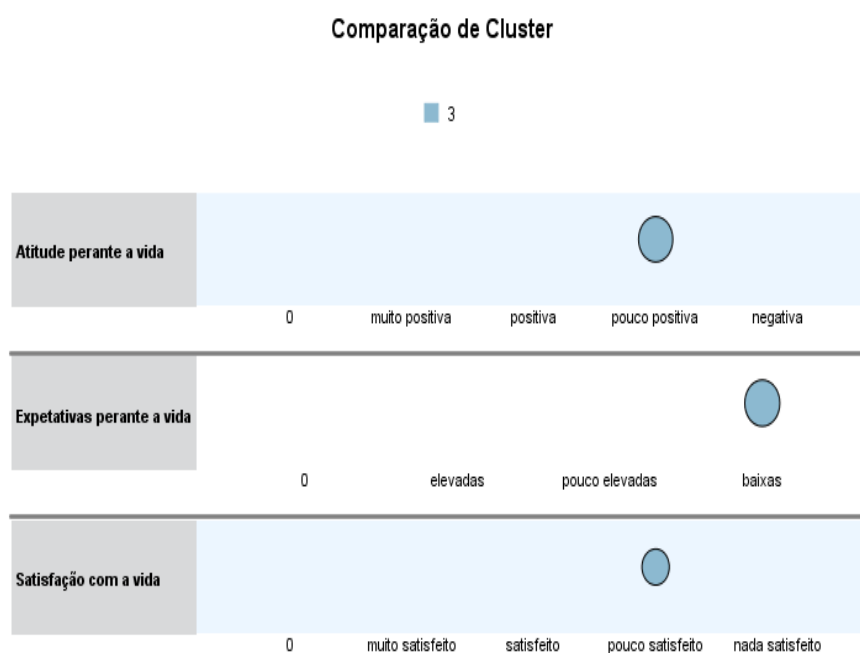


uma vez que já se encontram na ERPI, mas satisfeitas com a vida, pois sabiam que mais tarde ou mais cedo iriam precisar de apoio.



**Figura 4 - Caraterização do *cluster 2*.**

No *cluster 3* que designamos: *PI com um estilo de autocuidado abandonado* estão as PI com uma atitude pouco positiva perante a vida, expetativas baixas e pouco satisfeitas com a vida.



**Figura 5 - Caraterização do *cluster 3*.**

Identificados os 3 *clusters* avançamos para a sua caracterização e comparação, relativamente às variáveis: idade, idade de admissão, motivo de ingresso na ERPI, nível global de dependência no autocuidado, compromisso dos processos corporais, doenças crónicas, frequência das consultas de vigilância de saúde, satisfação global, score do MMSE, depressão e grau de preocupação com a saúde.

Na tabela 74, observamos que as PI do *cluster* 1 são em média mais novas que as do *cluster* 2 e mais velhas que as do *cluster* 3, observando-se a mesma diferença relativamente à idade ingresso na ERPI, ou seja as PI do *cluster* 1 ingressaram no lar, em média, mais cedo que as PI do *cluster* 2 e mais tarde que as PI do *cluster* 3. As diferenças são significativas entre os *clusters* 2 e 3.

**Tabela 74 - Caracterização dos *clusters* (3) relativamente à idade das pessoas idosas e à idade de ingresso no lar.**

		n	Média	DP	p
Idade	Cluster 1	150	82,14	6,35	0,004
	Cluster 2*	124	83,79	6,97	
	Cluster 3*	114	81,01	6,20	
Idade de admissão	Cluster 1	150	76,59	7,81	0,023
	Cluster 2*	124	77,66	7,85	
	Cluster 3*	114	74,93	7,30	

A variável *motivo de ingresso no lar* foi recodificada de modo a ser possível a realização dos testes estatísticos. Os indicadores, de “*motivo de ingresso no lar*”, foram recodificados do seguinte modo: Decisão pessoal = decisão pessoal; Viver só, falta de vontade da família e outros motivos = Ocorrência de evento crítico; Impossibilidade da família, por complexidade/ intensidade de cuidados = dependência prévia; Não responde= Não responde.

Como observamos na tabela 75, as PI do *cluster* 1 ingressaram no lar maioritariamente por decisão pessoal (57,3%), enquanto as do *cluster* 2 ingressaram maioritariamente após ocorrência de evento crítico (46%), embora também haja um grupo que refere ter ingressado no lar por decisão própria (45,2%). No *cluster* 3 a maioria das PI ingressou no lar por ocorrência de evento crítico (46,5%).

**Tabela 75 - Caraterização dos *clusters* (3) relativamente ao motivo de ingresso no lar.**

Motivo ingresso no lar		Cluster			Total
		1	2	3	
Decisão pessoal	n	86	56	49	191
	%	57,3%	45,2%	43,0%	49,2%
Evento crítico	n	57	57	53	167
	%	38,0%	46,0%	46,5%	43,0%
Dependência prévia	n	7	10	8	25
	%	4,7%	8,1%	7,0%	6,4%
Não responde	n	0	1	4	5
	%	0,0%	0,8%	3,5%	1,3%
Total		150	124	114	388
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O score global de dependência no autocuidado resulta do score obtido em cada domínio de autocuidado: alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, arranjar-se, vestir/despir, usar o sanitário, auto elevar-se, transferir-se virar-se e andar.

Na tabela 76, podemos observar que as PI do *cluster* 1 são, em média, mais independentes que as PI do *cluster* 3 e do que as do *cluster* 2. A diferença foi estatisticamente significativa entre o *cluster* 1 o *cluster* 2. As PI, do *cluster* 2 são significativamente mais dependentes no autocuidado, do que as do *cluster* 1.

**Tabela 76 - Caraterização dos *clusters* (3) em função do nível global de dependência no autocuidado.**

Nível global de dependência no autocuidado	n	Média	DP	p
Cluster 1*	150	3,71	0,444	0,018
Cluster 2*	124	3,55	0,569	
Cluster 3	114	3,59	0,497	
Total	388	3,63	0,507	

Relativamente ao compromisso dos processos corporais, apresentado na tabela 77, as PI do *cluster* 1 são as que apresentam em média menor compromisso e as PI do *cluster* 2 são as que apresentam em média, maior compromisso dos processos corporais.

**Tabela 77 - Caracterização dos *clusters* (3) em função do compromisso dos processos corporais.**

Compromisso dos processos corporais	n	Média	DP	p
Cluster 1*	148	1,06	0,08	<0,001
Cluster 2*	122	1,11	0,11	
Cluster 3*	113	1,10	0,11	
Total	383	1,09	0,10	

Na tabela 78, apresentamos o número de consultas e as doenças crónicas de cada *cluster*. Relativamente às doenças crónicas as diferenças não são estatisticamente significativas. As PI do *cluster* 1 são as que apresentam, em média, menos doenças crónicas e as PI do *cluster* 3 as que apresentam em média mais doenças crónicas. No que se refere às consultas de vigilância de saúde, realizadas por iniciativa da PI, o *cluster* 1 é aquele onde maior percentagem de PI realiza consultas por sua iniciativa (53,3%). O *cluster* 2 é aquele onde o número médio de consultas é maior, seguido do *cluster* 1 e em ultimo lugar o *cluster* 3.

**Tabela 78 - Caracterização dos *clusters* (3) pelo nº de consultas/ano e doenças crónicas.**

		n	Média	DP	p
Consultas por iniciativa do próprio/ano	Cluster1	83	2,45	2,16	0,019
	Cluster2*	55	2,89	2,30	
	Cluster3*	50	1,80	1,01	
	Total	188	2,40	2,01	
Doenças crónicas	Cluster1	149	15,18	1,31	0,105
	Cluster2	123	15,21	1,44	
	Cluster3	113	15,53	1,39	
	Total	385	15,29	1,38	

Na tabela 79 comparamos o score médio da escala de depressão para cada *cluster* e como se pode observar há diferenças significativas entre os *clusters*. As PI do *cluster* 3 são as que apresentam maior score e as do *cluster* 1 as que apresentam menor score. De acordo com a escala utilizada, um score superior a 5 indica depressão, o que significa que as PI do *cluster* 3 estão deprimidas e as PI dos *clusters* 1 e 2 não estão deprimidas.

**Tabela 79 - Caraterização dos *clusters* (3) relativamente à depressão.**

Score da escala de depressão geriátrica DGS-15	n	Média	DP	p
Cluster 1*	150	3,49	,932	<0,001
Cluster 2*	122	4,07	1,665	
Cluster 3*	114	5,68	1,916	
Total	386	4,32	1,767	

Relativamente ao desempenho cognitivo, medido pelo score obtido no MMSE, a que se refere a tabela 80, as PI do *cluster* 1 são as que apresentam maior score (média=23,93 DP=3,5), que corresponde a melhor desempenho cognitivo e as PI do *cluster* 2 as que apresentam pior score (média=22,8 DP=3,9), que corresponde a pior desempenho cognitivo. A diferença é significativa, entre o *cluster* 1 e o *cluster* 2.

**Tabela 80 - Caraterização dos *clusters* (3) relativamente ao desempenho cognitivo.**

Score de desempenho cognitivo MMSE	n	Média	DP	p
Cluster1*	150	23,93	3,504	0,039
Cluster 2*	124	22,80	3,926	
Cluster3	114	23,40	3,532	
Total	388	23,41	3,673	

O score de satisfação global resulta da satisfação com a vida, com a alimentação, a higiene, o sono/repouso, a eliminação, o aspeto geral, o exercício e atividades de lazer, e a vigilância de saúde. Quanto maior o score maior a satisfação.

Como se pode observar na tabela 81, as PI do *cluster* 1 estão, em média, globalmente mais satisfeitas que as do *cluster* 2 e do *cluster* 3, que são as mais insatisfeitas ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 81 - Caracterização dos *clusters* (3) relativamente à satisfação global.**

Satisfação global	n	Média	DP	p
Cluster 1*	150	28,46	3,57	<0,001
Cluster 2*	124	25,83	3,43	
Cluster 3*	114	24,98	3,66	
Total	388	26,60	3,86	

Relativamente ao grau de preocupação com a saúde, apresentado na tabela 82, em todos os *clusters* as PI estão maioritariamente *preocupadas* com a sua saúde (*cluster* 1, 36,7%, *cluster* 2, 37,9% e *cluster* 3, 43%). No entanto a percentagem de  *muito preocupadas*, vai aumentando do *cluster* 1 para o 3 e a percentagem de *nada preocupadas*, vai diminuindo do *cluster* 1 para o *cluster* 3.

**Tabela 82 - Caracterização dos *Clusters* (3) segundo o grau de preocupação com a saúde**

Grau de preocupação com a saúde		<i>Clusters</i>			p
		1	2	3	
Não sabe, não responde	n	0	2	1	0,019
	%	0,0%	1,6%	0,9%	
Muito preocupado	n	6	9	14	
	%	4,0%	7,3%	12,3%	
Preocupado	n	55	47	49	
	%	36,7%	37,9%	43,0%	
Pouco preocupado	n	40	34	34	
	%	26,7%	27,4%	29,8%	
Nada preocupado	n	49	32	16	
	%	32,7%	25,8%	14,0%	

Apresentamos de seguida uma síntese da caracterização de cada *cluster* e das diferenças observadas.

### ***Cluster 1: Pessoas idosas com perfil de autocuidado responsável***

As PI do *cluster* 1 apresentam uma idade, que varia entre os 65 e os 98 anos, a idade média é de 82 (6,3) anos.

A idade no momento de admissão no lar varia entre os 55 e os 97 anos, sendo em média de 79,5 (7,8) anos.

As PI do *cluster 1* são em média mais novas que as do *cluster 2* e mais velhas que as do *cluster 3*. Observa-se a mesma diferença relativamente à idade de ingresso no lar.

Quanto ao motivo de ingresso no lar foi maioritariamente por decisão pessoal (57,3%). Relativamente ao nível de dependência global no autocuidado, as PI do *cluster 1* são as mais independentes apresentando um score médio de 3,71 (0,44).

São as que apresentam menos compromissos dos processos corporais, com um score médio de 1,06 (0,08) e menos doenças crónicas, média de 15,18 (1,32).

No que se refere às consultas, realizadas por iniciativa da PI, o *cluster 1* é aquele onde maior percentagem de PI realiza consultas de vigilância de saúde por sua iniciativa (53,3%).

Relativamente à depressão as PI do *cluster 1* são as que apresentam score inferior (média=3,49 DP=0,9). De acordo com a escala utilizada, um score inferior a 5 indica ausência de depressão.

As PI do *cluster 1*, são as que apresentam melhor desempenho cognitivo, de acordo com os resultados obtidos no MMSE, média de 23,93 (3,50) e a diferença é significativa, entre estas e as PI do *cluster 2*.

Relativamente à satisfação, as PI do *cluster 1* são as globalmente mais satisfeitas, apresentam um score médio de satisfação global, de 28,46 (3,57). O score de satisfação global resulta da satisfação com a vida, com a alimentação, a higiene, o sono/repouso, a eliminação, o aspeto geral, a oferta de exercício e atividades de lazer, e a vigilância de saúde.

Finalmente, relativamente à preocupação com a saúde 59,4% das PI do *cluster 1*, estão pouco ou nada preocupadas com a sua saúde.

### ***Cluster 2: Pessoas idosas com perfil de autocuidado formalmente guiado***

As PI do *Cluster 2* são as mais velhas, apresentam uma idade que varia entre os 66 e os 100 anos, a idade média é de 83,8 (7) anos e eram também mais velhas no momento de admissão no lar. A idade no momento de admissão varia entre os 48 e os 94 anos, sendo em média de 77,6 (7,8) anos.

O motivo de ingresso no lar, das PI do *cluster 2*, divide-se entre a ocorrência de um evento crítico e a decisão pessoal (46% vs 45,2%).

No que se refere ao nível global de dependência no autocuidado, as PI do *cluster 2*, são as mais dependentes, apresentam um score médio de 3,55 (0,56).

São as que apresentam maior compromisso dos processos corporais, em média 1,11 (0,1). Apresentam mais doenças crônicas que as PI do *cluster 1*, mas menos que as do *cluster 3*, média=15,2 (1,4).

Relativamente às consultas de vigilância a maioria das PI do *cluster 2*, não realiza consultas por sua iniciativa, 55,6%, mas quando realizam, são os que vão às consultas com maior frequência (média anual=2,89; DP=2,3).

Em relação à depressão as PI do *cluster 2*, apresentam um score superior às PI do *cluster 1*, mas ainda inferior a 5 (média=4,07, DP=1,66), o que significa que não apresentam depressão.

As PI de *cluster 2*, são as que apresentam pior desempenho cognitivo (média= 22,80 DP= 3,93).

Quanto à satisfação global, as PI do *cluster 2*, estão globalmente menos satisfeitas, que as PI do *cluster 1*, mas mais satisfeitas que as do *cluster 3* (score médio de satisfação global= 25,8; DP= 3,4).

Finalmente, no que se refere ao grau de preocupação com a saúde, 53,2% das PI do *cluster 2* estão pouco ou nada preocupadas e 45,2%, estão preocupadas ou muito preocupadas.

### ***Cluster 3: PI com perfil de autocuidado abandonado***

As PI do *cluster 3* são as mais novas, apresentam uma idade, que varia entre os 69 e os 100 anos, a idade média é de 81 (6,2) anos, e eram também as mais novas no momento de admissão no lar. A idade no momento de admissão varia entre os 58 e os 92 anos, sendo em média, 75 (7,3) anos.

O motivo de ingresso mais frequente foi a ocorrência de um evento crítico, 46,5%.

No que se refere ao nível global de dependência no autocuidado, são menos dependentes, que as PI do *cluster 2*, mas mais dependentes do que as do *cluster 1* (score médio=3,59, DP=0,49).

O compromisso dos processos corporais é sensivelmente igual ao *cluster 2* (média= 1,10, DP= 0,1).



A maioria das PI não realiza consultas de vigilância por sua iniciativa, 56,1%, e quando realizam, são as que apresentam menor frequência anual (média=1,8, DP=1).

Relativamente à depressão as PI do *cluster 3*, são as que apresentam em média score superior (média=5,68, DP=1,91), que por ser superior a 5 significa que apresentam depressão.

As PI do *cluster 3*, apresentam um desempenho cognitivo inferior às do *cluster 1* e superior às do *cluster 2* (média do *cluster 3* = 23,40, DP=3,53).

Quanto à satisfação, as PI do *cluster 3*, são as que apresentam menor satisfação global (média= 24,98, DP=3,6).

E relativamente ao grau de preocupação com a saúde, a maioria das PI do *cluster 3* estão preocupadas ou muito preocupadas com a saúde, 55,3%.

O quadro 2 sintetiza os resultados de cada *cluster*: PI com um perfil de autocuidado, responsável, PI com um perfil de autocuidado formalmente guiado e PI com um perfil de autocuidado abandonado, relativamente às variáveis analisadas.

**Quadro 2 - Síntese da comparação entre os clusters (3).**

<b>Variáveis</b>	<b><i>Cluster 1: PI com perfil de autocuidado responsável</i></b>	<b><i>Cluster 2: PI com perfil de autocuidado formalmente guiado</i></b>	<b><i>Cluster 3: PI com perfil de autocuidado abandonado</i></b>
Idade	82(6,3)	83,3(7,0)	81(6,2)
Idade de admissão	79,5 (7,8)	77,6(7,8)	75(7,3)
Motivo de ingresso na ERPI	Decisão pessoal (57,3%)	Evento crítico (46%) Decisão pessoal (45%)	Evento crítico (46,5%)
Dependência no autocuidado	3,7 (0,4)	3,55(0,5)	3,59(0,4)
Compromisso dos processos corporais	1,06 (0,08)	1,11(0,1)	1,10(0,1)
Doenças crônicas	15,18 (1,32)	15,21 (1,44)	15,53(1,39)
Consultas de vigilância	Sim (53,3%)	Não (55,6%)	Não (56,1%)
Frequência das consultas	2,45(2,2)	2,89(2,3)	1,80(1,0)
Satisfação global	28,4 (3,5)	25,8(3,4)	24,9 (3,6)
Depressão (DGS-15)	3,49 (0,93)	4,07 (1,66)	5,68 (1,91)
Desempenho cognitivo (MMSE)	23,93 (3,5)	22,8(3,4)	23,4(3,5)
Grau de preocupação com a saúde	Pouco ou nada preocupados (59,4%)	Pouco ou nada preocupados (53,2%) Preocupados ou muito preocupados (45,2%)	Preocupados ou muito preocupados (55,3%)

***Condição de saúde atual******Doenças crônicas e compromisso dos processos corporais: relações com as variáveis sociodemográficas e a capacidade física***

Vários autores têm referido que as comorbilidades aumentam com a idade e no gênero feminino. No nosso estudo, o compromisso dos processos corporais, é ligeiramente superior nas mulheres, no entanto a diferença não é significativa. Para as doenças crônicas a diferença é significativa,  $t(1096) = -2,5$ ,  $p = 0,012$ . As mulheres apresentam mais doenças crônicas do que os homens.

Como se observa na tabela 83, o compromisso dos processos corporais vai aumentado com a idade, por grupo etário. A diferença tem significado estatístico entre o grupo etário mais velho e os grupos etários anteriores.

**Tabela 83 - Compromisso dos processos corporais por grupo etário.**

Grupo etário	n	Média	DP	p
Até 80 anos*	344	12,63	1,96	<0,001
80-90 Anos*	590	12,90	1,82	
Mais de 90 anos*	197	13,48	1,97	
Total	1131	12,92	1,91	

\* p < 0,05

Para as doenças crónicas, por grupo etário, não se observaram diferenças significativas. Os focos de atenção, força muscular, amplitude articular, equilíbrio e tónus muscular, indicam o grau de compromisso do sistema musculoesquelético, relacionado com a imobilidade ou a falta de exercício físico e as doenças reumáticas ou outras do sistema neuromusculoesquelético. Assim, exploramos a existência de relações entre as variáveis: *força muscular, amplitude articular, equilíbrio e tónus muscular, idade, antecedentes de cirurgia ortopédica e AVC, doenças reumáticas, dor, risco de UP e risco de queda.*

Há uma correlação positiva significativa entre a idade e a força muscular, a amplitude articular e o equilíbrio de pé.

A dor está positivamente correlacionada com a força muscular, o que significa que a diminuição da força muscular está associada a maior intensidade de dor (força muscular alterada = 2).

Há uma correlação negativa significativa, entre o risco de UP e a força muscular, a amplitude articular, o equilíbrio sentado e em pé e o tónus muscular (tabela 84), o que significa que a maior risco de UP está associada diminuição da força muscular e da amplitude articular, alteração do equilíbrio sentado e em pé, e alteração do tónus muscular. Relativamente ao risco de queda a correlação é positiva com a força muscular, a amplitude articular e o equilíbrio em pé e negativa com o equilíbrio sentado e o tónus muscular.

**Tabela 84 - Correlação entre a idade e os focos de atenção do domínio da atividade física.**

	Força muscular	Amplitude articular	Equilíbrio sentado	Equilíbrio de pé	Tônus muscular
Idade	0,183**	0,095**	0,039	0,097**	-0,009
Dor (EVA)	0,167**	0,099	-0,026	-0,015	0,030
Risco UP	-0,146**	<b>-0,250**</b>	<b>-0,605**</b>	<b>-0,324**</b>	<b>-0,431**</b>
Risco Queda	0,199**	0,117**	-0,112**	0,065*	-0,103**

\*\* p < 0,01; \* p < 0,05

### ***Relação entre as variáveis sociodemográficas, a acuidade visual e auditiva***

Há uma associação significativa entre o gênero e a acuidade visual, a acuidade auditiva e o uso de aparelho auditivo (tabela 85). Entre as PI com alteração da acuidade visual, a maioria é do sexo feminino (71,9% vs 28,1%).

Entre as PI com diminuição da acuidade auditiva, 31,4% são do sexo masculino e 68,6% são do sexo feminino. As PI do sexo feminino usam mais aparelho auditivo do que os homens.

**Tabela 85 - Associação entre a acuidade visual, auditiva e uso de aparelho auditivo e o gênero.**

Sexo	Acuidade visual			Acuidade auditiva			Uso de aparelho auditivo		
	Normal	Diminuída	p	Normal	Diminuída	p	Sim	Não	p
<b>Masculino</b>	43,5%	28,1%	0,001	23,6%	31,4%	0,022	45,0%	28,0%	0,019
<b>Feminino</b>	56,5%	71,9%		76,4%	68,6%		55,0%	72,0%	

### ***Processo psicológico: relação com as variáveis sociodemográficas***

Há diferenças significativas no estado de consciência e no desempenho cognitivo, por grupo etário (tabela 86). O nível de consciência e o desempenho cognitivo vão diminuindo com a idade. Para a depressão as diferenças não foram estatisticamente significativas.

**Tabela 86 - Evolução da depressão, nível de consciência e desempenho cognitivo por grupo etário.**

		<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
Score DGS - 15	Até 80 anos	224	4,47	1,86	0,613
	80-90 Anos	356	4,49	1,93	
	Mais de 90 anos	102	4,28	1,78	
	Total	682	4,45	1,87	
Score ECG	Até 80 anos*	344	14,06	2,07	0,003
	80-90 Anos*	590	13,92	2,16	
	Mais de 90 anos*	197	13,40	2,73	
	Total	1131	13,87	2,25	
Score MMSE	Até 80 anos*	238	20,10	5,97	<0,001
	80-90 Anos*	389	19,39	5,86	
	Mais de 90 anos*	120	17,23	5,75	
	Total	747	19,27	5,95	

\* p &lt; 0,05

Há diferenças significativas entre homens e mulheres, no nível de consciência, no desempenho cognitivo e na depressão. Os homens apresentam, um nível de consciência superior, melhor desempenho cognitivo e menor score na escala de depressão, relativamente às mulheres (tabela 87).

**Tabela 87 - Diferenças de género, no nível de consciência, desempenho cognitivo e depressão.**

	<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score ECG	Masculino	323	14,18	1,81	(777)= 3,3	0,001
	Feminino	808	13,75	2,39		
Score MMSE	Masculino	231	20,06	5,74	(745)=2,46	0,014
	Feminino	516	18,91	6,00		
Score DGS - 15	Masculino	212	4,17	1,71	(459)=-2,73	0,007
	Feminino	470	4,58	1,94		

### ***Processo espiritual: relação com as variáveis sociodemográficas***

Há uma associação significativa entre o género, a crenças religiosa e a religião. Entre as PI com crença religiosa, a maioria é do sexo feminino e entre as PI sem crença religiosa, a maioria é do sexo masculino. Entre as PI da religião católica, a maioria, 71,3% é do sexo feminino e entre as PI de outra religião, a maioria é o sexo masculino, 66,7% (tabela 88).

**Tabela 88 - Associação entre o género a crença religiosa e a religião.**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>p</b>
<b>Crença religiosa</b>			
Sim	29,0%	71,0%	<0,001
Não	89,5%	10,5%	
<b>Religião</b>			
Católica	28,7%	71,3%	0,021
Outra	66,7%	33,3%	

Há diferenças significativas no bem-estar espiritual, medido pela SAS, entre grupos etários (tabela 89). O bem-estar espiritual aumenta com a idade, mas a diferença tem significado estatístico entre o grupo etário mais jovem (até aos 80 anos) e o grupo etário mais velho (mais de 90 anos).

**Tabela 89 - Diferenças no bem-estar espiritual por grupo etário.**

<b>Score SAS</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
Até 80 anos*	151	81,17	10,06	0,009
80-90 Anos	233	83,07	9,68	
Mais de 90 anos*	57	85,60	7,19	
Total	441	82,74	9,62	

\* p < 0,005

**Tabela 90 - Diferenças entre os homens e as mulheres no bem-estar espiritual.**

	Sexo	n	Média	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Score SAS	Masculino	133	78,86	10,367	(439)=-5,76	<0,001
	Feminino	308	84,42	8,780		

Há diferenças significativas no bem-estar espiritual entre os homens e as mulheres (tabela 90). As mulheres apresentam maior bem-estar espiritual do que os homens.

Há uma associação positiva significativa, entre o bem-estar espiritual e a satisfação com a vida, a atitude perante a vida e a satisfação global. A um maior bem-estar espiritual está associada maior satisfação com a vida, uma atitude positiva perante a vida e maior satisfação global.

***Autocuidado e utilização de produtos de apoio: relação com as variáveis sociodemográficas, os hábitos de vida, a satisfação e a saúde***

Como se observa na tabela 91, entre os grupos etários observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do autocuidado. O nível de dependência aumenta progressivamente entre cada grupo etário, para todos os domínios de autocuidado. Para os domínios de autocuidado higiene, vestir/despir, transferir-se, andar e nível global de dependência, a diferença é significativa entre todos os grupos etários; para os domínios do autocuidado alimentar-se, arranjar-se, virar-se, erguer-se e usar o sanitário, a diferença é significativa entre o grupo etário mais velho (mais de 90 anos) e os anteriores (até 80 anos e 80-90 anos).

**Tabela 91 - Nível de dependência em cada domínio de autocuidado, por grupo etário.**

(N=1131)		n	Média	DP	p
Autocuidado alimentar	Até 80 anos*	344	3,44	0,83	<0,001
	80-90 Anos*	590	3,37	0,86	
	Mais de 90 anos*	197	3,13	0,93	
Autocuidado higiene	Até 80 anos*	344	2,59	0,97	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,41	0,88	
	Mais de 90 anos*	197	2,19	0,78	
Autocuidado arranjar	Até 80 anos*	344	3,09	0,85	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,97	0,84	
	Mais de 90 anos*	197	2,71	0,87	
Autocuidado vestir/despir	Até 80 anos*	344	3,03	1,01	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,84	1,00	
	Mais de 90 anos*	197	2,56	1,01	
Autocuidado usar o sanitário	Até 80 anos*	344	2,96	1,35	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,78	1,35	
	Mais de 90 anos*	197	2,37	1,37	
Autocuidado erguer	Até 80 anos*	344	3,21	1,06	<0,001
	80-90 Anos*	590	3,05	1,12	
	Mais de 90 anos*	197	2,61	1,19	
Autocuidado virar	Até 80 anos*	344	3,47	0,91	<0,001
	80-90 Anos*	590	3,42	0,94	
	Mais de 90 anos*	197	3,13	1,07	
Autocuidado transferir	Até 80 anos*	344	3,28	1,01	<0,001
	80-90 Anos*	590	3,11	1,06	
	Mais de 90 anos*	197	2,76	1,09	
Autocuidado andar	Até 80 anos*	344	2,85	1,24	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,60	1,16	
	Mais de 90 anos*	197	2,19	1,11	
Autocuidado global	Até 80 anos*	344	3,10	0,91	<0,001
	80-90 Anos*	590	2,95	0,90	
	Mais de 90 anos*	197	2,63	0,93	

\*p &lt;0,05

Na taxa global de utilização de PA observaram-se diferenças significativas entre os grupos etários (tabela 92).

A taxa global de utilização de produtos de apoio diminui progressivamente do grupo etário mais novo para o mais velho. Entre o grupo etário mais velho e os mais novos a diferença na taxa de utilização foi estatisticamente significativa.



**Tabela 92 - Taxa global de utilização de produtos de apoio por grupo etário.**

Taxa global de utilização de PA		n	Média	DP	p
Grupo etário	Até 80 anos*	344	96,74	3,23	<0,001
	80-90 Anos*	590	96,17	3,45	
	Mais de 90 anos*	197	95,42	3,26	
	Total	1131	96,21	3,38	

\* p &lt; 0,05

Há diferenças significativas no nível de dependência em cada domínio do autocuidado entre os homens e as mulheres (tabela 93). As mulheres apresentam maior nível de dependência em todos os domínios de autocuidado do que os homens.

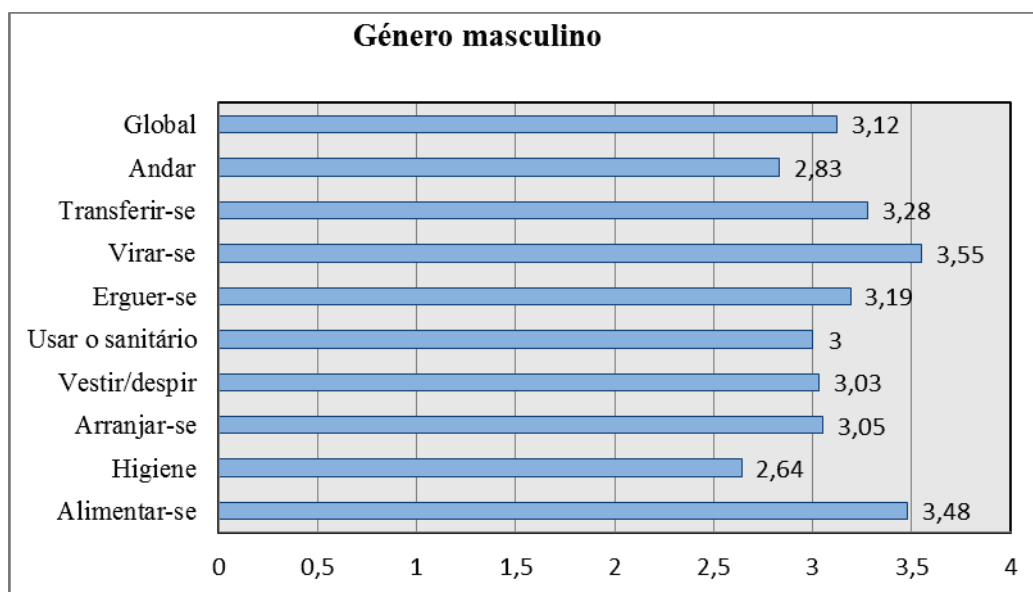
**Tabela 93 - Diferenças entre homens e mulheres no nível de dependência em cada domínio de autocuidado.**

Autocuidado	Masculino (n=323) Média (DP)	Feminino (n=808) Média (DP)	t	p
Alimentar-se	3,48 (0,79)	3,30 (0,90)	t (665)=3,3	0,001
Higiene	2,64 (0,97)	2,34 (0,86)	t (535)=4,8	<0,001
Arranjar-se	3,05 (0,81)	2,92 (0,87)	t (640)=2,3	0,021
Vestir/despir	3,03 (1,00)	2,78 (1,02)	t (603)=3,9	<0,001
Usar o sanitário	3,00 (1,31)	2,67 (1,38)	t (620)=3,8	<0,001
Erguer-se	3,19 (1,07)	2,95 (1,15)	t (635)=3,4	<0,001
Virar-se	3,55 (0,83)	3,31 (1,00)	t (706)=4,1	<0,001
Transferir-se	3,28 (0,99)	3,03 (1,08)	t (642)=3,7	<0,001
Andar	2,83 (1,18)	2,52 (1,19)	t (595)=4,0	<0,001
Global	3,12 (0,88)	2,87 (0,93)	t (626)=4,2	0,000

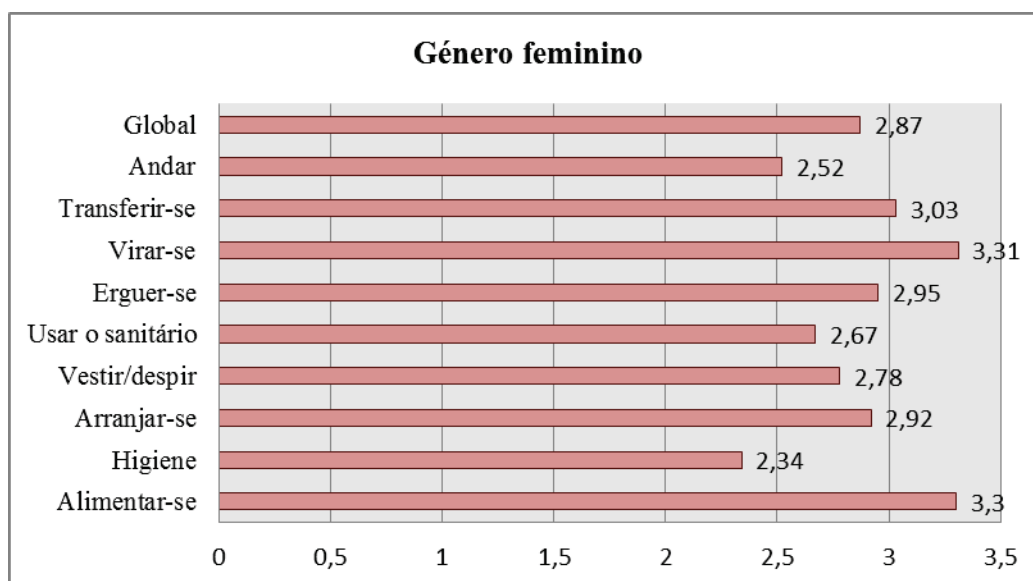
Os gráficos 3 e 4 evidenciam as diferenças entre os homens e as mulheres nos níveis de dependência por domínio de autocuidado.

O domínio de autocuidado com score médio de dependência mais baixo, nos homens e nas mulheres, foi virar-se, seguido do autocuidado alimentar-se, o que significa que estes são os domínios de autocuidado em que ambos os géneros são mais independentes.

**Gráfico 3 - Nível de dependência dos homens, por domínio de autocuidado.**



**Gráfico 4 - Nível de dependência das mulheres, por domínio de autocuidado.**



Na tabela 94, apresentamos as correlações entre o autocuidado alimentar-se e os hábitos das PI relacionados com a alimentação, nomeadamente o número de refeições diárias e a via de administração da alimentação, a consistência da dieta e a ingestão de alimentos além dos fornecidos pelo lar.

Observa-se uma correlação positiva significativa entre o nível de dependência no autocuidado alimentar-se e a ingestão de alimentos além dos fornecidos pelo lar. Ou seja,

ser independente para alimentar-se está associado a ingerir alimentos além dos fornecidos pelo lar.

Há uma correlação negativa significativa entre o nível de dependência no autocuidado alimentar-se e o número de refeições diárias, a consistência da dieta e a via de fornecimento dos alimentos. Ser dependente no autocuidado alimentar-se está associado a maior número de refeições diárias, dieta de consistência mole /pastosa e ser alimentado por via entérica (SNG ou PEG).

**Tabela 94 - Correlações de Pearson entre o autocuidado alimentar-se e os hábitos alimentares.**

	Nº de refeições/dia	Consistência	Ingere alimentos além dos fornecidos	Via fornecimento dos alimentos
Autocuidado alimentar-se	-0,362**	-0,637**	0,384**	-0,509**
Nº de refeições/dia		0,290**	-0,119**	0,270**

\*\* p< 0,01

As correlações entre autocuidado alimentar-se, o compromisso e o risco de compromisso dos processos corporais, nomeadamente o compromisso da deglutição, o risco ou a presença de sinais de desidratação, a magreza excessiva, a obesidade e o risco de aspiração e a satisfação com a alimentação, são apresentadas na tabela 95.

Há uma associação positiva significativa entre o nível de dependência no autocuidado alimentar-se, a obesidade e a satisfação com a alimentação. A independência no autocuidado alimentar-se está associada a presença de obesidade e maior satisfação com a alimentação.

Há uma associação negativa significativa entre o nível de dependência no autocuidado alimentar-se e a deglutição, a desidratação, o risco de desidratação, a magreza excessiva e o risco de aspiração. A dependência no autocuidado alimentar-se está associada a compromisso da deglutição, presença de sinais de desidratação, risco de desidratação, magreza excessiva e risco de aspiração.

**Tabela 95 - Correlações de Pearson entre o autocuidado alimentar-se, o compromisso dos processos corporais e a satisfação com a alimentação.**

	Deglutição	Sinais de desidratação	Risco de desidratação	Magreza excessiva	Obesidade	Risco de aspiração	Satisfação com a alimentação
Nível de dependência autocuidado alimentar-se	-0,540**	-0,239**	-0,707**	-0,294**	0,142**	-0,527**	0,642**

\*\* p < 0,01

Na tabela 96, podemos observar as correlações entre o nível de dependência no autocuidado higiene, a satisfação com a higiene e a frequência de: banho geral, aplicação de creme hidratante, lavagem das mãos e dos dentes.

Há uma associação positiva significativa entre o nível de dependência no autocuidado higiene e a satisfação com a higiene, a frequência semanal do banho geral, a frequência diária de lavagem das mãos e a frequência diária de lavagem dos dentes. A independência no autocuidado higiene está associada maior satisfação com a higiene, maior frequência semanal de banho geral e maior frequência diária de lavagem das mãos e dos dentes.

Há uma associação negativa significativa entre o nível de dependência no autocuidado higiene e a frequência semanal de aplicação de creme hidratante. A dependência no autocuidado higiene está associada maior frequência semanal de aplicação de creme hidratante.

A frequência semanal do banho geral está associada positiva e significativamente com a satisfação com a higiene, a frequência semanal de aplicação de creme hidratante, a frequência diária de lavagem dos dentes e a frequência diária de lavagem das mãos. Maior frequência do banho geral está associada a maior satisfação com a higiene, maior frequência de aplicação de creme hidratante, maior frequência de lavagem das mãos e dos dentes.

**Tabela 96 - Correlações de Pearson – autocuidado higiene.**

	Satisfação com a higiene	Banho geral /semana	Creme hidratante /semana	Lava as mãos/ dia	Lava os dentes/dia
Nível dependência autocuidado higiene	0,523**	0,077**	-0,093**	0,584**	0,390**
Banho geral - frequência semanal	0,078**		0,351**	0,130**	0,121**

\*\* p < 0,01

Na tabela 97 apresentamos as correlações entre o nível de dependência nos domínios de autocuidado: virar-se, transferir-se, erguer-se e andar e a frequência e tipo de exercício realizado, nomeadamente a caminhada e a ginástica.

**Tabela 97 - Correlações de Pearson entre o autocuidado e os hábitos de exercício.**

	Nível dependência virar-se	Nível de dependência transferir-se	Nível de dependência andar	Frequência de exercício semanal	Caminhada	Ginástica
Nível dependência erguer-se	0,778**	0,937**	0,875**	0,282**	0,348**	-0,200**
Nível dependência virar-se		0,785**	0,744**	0,213**	0,199**	-0,102*
Nível dependência transferir-se	0,785**		0,846**	0,264**	0,339**	-0,187**
Nível dependência andar	0,744**	0,846**		0,351**	0,409**	-0,219**
Frequência exercício semanal	0,213**	0,264**	0,351**		0,695**	-0,488**

\*\* p < 0,01 \* p < 0,05

O nível de dependência em todos os domínios de autocuidado relacionados com a atividade física está associado positiva e significativamente com a frequência semanal de exercício e com o tipo de exercício caminhada. A independência no autocuidado, erguer-se, transferir-se, virar-se e andar está associada a maior frequência semanal de exercício e à caminhada como tipo de exercício selecionado.

Há uma correlação negativa significativa entre os mesmos domínios de autocuidado e a ginástica. A dependência nos domínios de autocuidado referidos está associada ao tipo de exercício: ginástica. O que poderá ser explicado por esta modalidade de exercício ser a mais frequentemente oferecida pelos lares.

Há uma associação positiva significativa entre a frequência de exercício e a caminhada. E uma associação negativa significativa entre a frequência de exercício e a ginástica. A maior

frequência semanal de exercício está associada positivamente com a caminhada e negativamente com a ginástica.

Na tabela 98 apresentamos as correlações entre o nível global de dependência no autocuidado, a satisfação global, o estado cognitivo e mental, a idade, o risco e o compromisso dos processos corporais e a intensidade de cuidados.

Há uma correlação positiva significativa entre o nível global de dependência no autocuidado e a satisfação global. A independência no autocuidado está associada a uma maior satisfação global.

Há uma associação negativa significativa entre o nível global de dependência no autocuidado e o estado cognitivo, o estado mental, a idade, o risco de compromisso e o compromisso dos processos corporais. A dependência no autocuidado está associada a estado cognitivo alterado, estado mental alterado, maior idade, maior risco e maior compromisso dos processos corporais.

A satisfação global está negativa e significativamente associada com o estado mental, o estado cognitivo, a idade, o risco de compromisso e o compromisso dos processos corporais. A uma maior satisfação está associado o estado cognitivo normal, o estado mental normal, a menor idade, o menor risco e menor compromisso dos processos corporais.

O estado cognitivo e o estado mental estão positiva e significativamente associados com a idade, o risco de compromisso e o compromisso dos processos corporais. Ao estado cognitivo e ao estado mental alterados estão associadas a maior idade, maior risco e maior compromisso dos processos corporais.

A idade está positiva e significativamente associada com o risco de compromisso e com o compromisso dos processos corporais.

Há uma associação positiva significativa entre o risco de compromisso e o compromisso dos processos corporais. O maior risco de compromisso dos processos corporais está associado ao maior compromisso dos processos corporais.

Há uma associação negativa significativa entre a intensidade de cuidados, a satisfação global e o estado cognitivo. A maior intensidade de cuidados está associada a menor satisfação global e ao estado cognitivo normal.

Há uma associação positiva significativa entre a intensidade de cuidados, o estado mental, o risco de compromisso e o compromisso dos processos corporais. A maior intensidade de cuidados está associada a estado mental alterado, a maior risco de compromisso e a maior compromisso dos processos corporais.

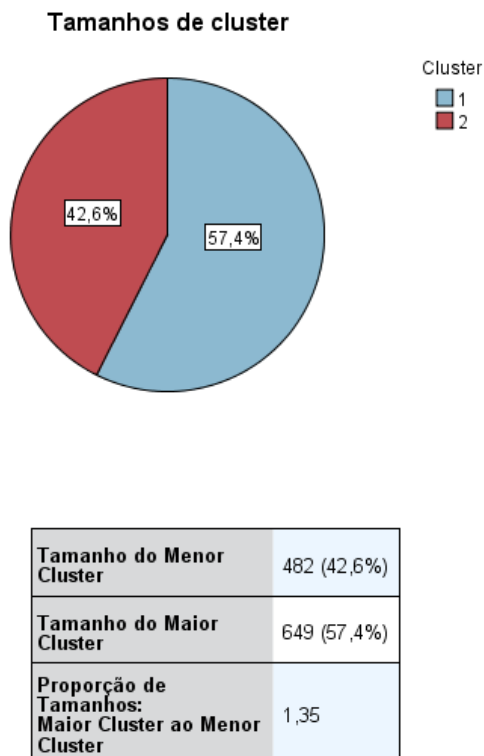
**Tabela 98 - Correlações de Pearson entre o autocuidado, o processo psicológico, os processos corporais e a idade.**

	Satisfação global	Estado cognitivo	Estado mental	Idade	Risco compromisso processos corporais	Compromisso processos corporais
Dependência global autocuidado	0,643**	-0,538**	-0,663**	-0,161**	-0,857**	-0,798**
Satisfação global		-0,463**	-0,773**	-0,084**	-0,626**	-0,602**
Estado cognitivo	-0,463**		0,568**	0,129**	0,503**	0,381**
Estado mental	-0,773**	0,568**		0,089**	0,653**	0,498**
Idade	-0,084**	0,129**	0,089**		0,130**	0,123**
Risco de compromisso processos corporais	-0,626**	0,503**	0,653**	0,130**		0,803**
Intensidade de cuidados	-0,226**	-0,078**	0,121**	-0,045	0,115**	0,264**

\*\* p &lt; 0,01

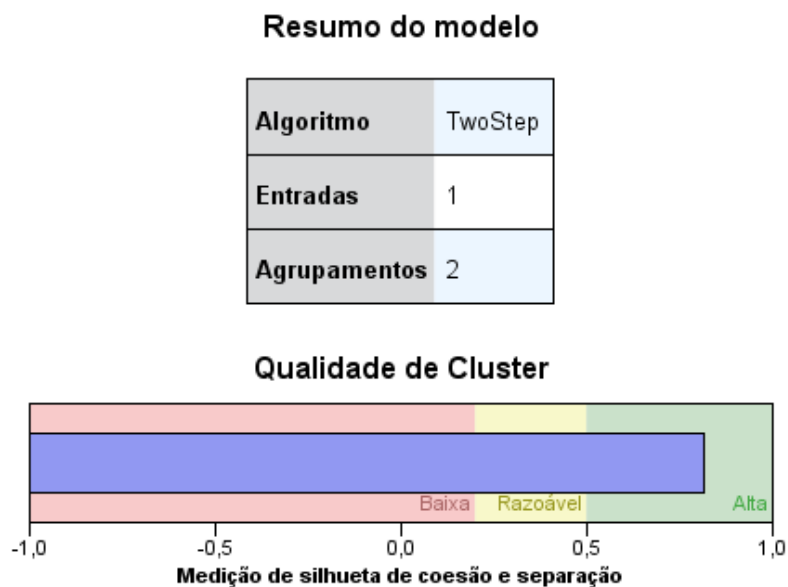
***Análise de Clusters em função do nível de dependência no autocuidado***

Considerando o nível global de dependência no autocuidado como variável de agrupamento utilizamos o método «two step cluster» e obtivemos um agrupamento da amostra em estudo em dois clusters, com 482 (42,6%) e 649 (57,4%) pessoas idosas, como se pode observar na figura 6.



**Figura 6 – Número e tamanhos de *clusters* (2)**

A figura 7, permite-nos observar a qualidade da estrutura do modelo de *clusters* (2) obtido. Pela medida de silhueta (0,8), podemos interpretar que se trata de um modelo com uma qualidade alta.



**Figura 7 – Estrutura do modelo de *clusters* (2)**

No *cluster* 1, que designamos: *Autónomos* estão as PI independentes e as PI dependentes em grau reduzido, no autocuidado global. No *cluster* 2, que designamos: *Grandes*



*dependentes* estão as PI dependentes em grau moderado e as pessoas idosas dependentes em grau elevado no autocuidado global.

Identificados os *clusters* segue-se a sua caracterização e comparação.

### ***Cluster 1: Autónomos***

As PI do *cluster* 1 apresentam uma idade, que varia entre os 65 e 100 anos, a idade média é de 82,7 (6,8). Na distribuição por grupos etários, 35% têm menos de 80 anos; 52,2% estão entre os 80 e os 90 anos; e 12,6% têm mais de 90 anos. A idade no momento de admissão no lar varia entre os 32 e os 97 anos, sendo em média, 76,5 (8,6) anos. O nº de anos de permanência no lar varia entre 0 e 41, sendo em média de 6 (5,7) anos. A maioria é do sexo feminino, 67,6%, e viúvas, 55,3%. No que se refere à escolaridade a maioria tem o 1º ciclo, 51,8%.

A maioria tem familiar de referência, 92,4%, que não coabitava com a PI no momento da admissão, 82,4% e são na sua maioria filhos (as), 53%.

A maioria apresenta estado cognitivo e estado mental normais, 54,1% e 84,4%, respetivamente.

Relativamente ao nível de dependência por domínio de autocuidado, o autocuidado higiene é aquele em que apresentam menos independência (média=2,85, DP=0,97), sendo dependentes em grau reduzido.

A maioria tem antecedentes clínicos relevantes, 80%, sendo o mais frequente a cirurgia ortopédica, 40%.

A maioria, 97,4% apresenta doenças crónicas, sendo a mais frequente a hipertensão, 61,1%, seguida das doenças reumáticas, 43,8%.

O compromisso dos processos corporais varia entre 1 e 5, sendo em média 1,78 com um desvio padrão de 0,88. O risco de compromisso dos processos corporais mais frequente é o risco de queda, 98%, seguido do risco de obstipação, 18%.

### ***Cluster 2: Grandes dependentes***

As PI do *cluster* 2 apresentam uma idade, que varia entre os 65 e 102 anos, a idade média é de 85 (7,7) anos. Na distribuição por grupo etário, 24% têm menos de 80 anos; 52% tem

entre 80 e 90 anos; e 24% têm mais de 90 anos. A idade no momento de admissão no lar varia entre os 18 e os 100 anos, sendo em média de 78,7 (9,6) anos. O nº de anos de permanência no lar varia entre 0 e 59, sendo em média de 6,3 (6,3) anos. A maioria é do sexo feminino, 76,6% e viúvas, 55,3%. Relativamente à escolaridade, 38% tem o 1º ciclo e para 31,3% das PI não obtivemos informação sobre a escolaridade.

A maioria tem familiar de referência, 89,2%. Quase metade dos familiares de referência não coabitava com a PI, no momento da admissão, 49,9% e em 42% dos casos não dispomos de informação. A maioria dos familiares de referência são filhos (as), 57,5%.

A maioria apresenta estado cognitivo e estado mental alterados, 90,9% e 72,2%, respetivamente.

Relativamente ao nível de dependência por domínio de autocuidado, usar o sanitário e andar são os domínios em que apresentam maior nível de dependência: média=1,33 (0,66) para usar o sanitário; e média=1,41 (0,61), para o autocuidado andar; alimentar-se e virar-se são os domínios em que apresentam maior nível de independência: média=2,62 (0,88) para o autocuidado alimentar-se; e média=2,58 (1,01), para virar-se. São dependentes em grau elevado para os domínios de autocuidado usar o sanitário e andar; dependentes em grau reduzido para os domínios de autocuidado alimentar-se e virar-se.

A maioria tem antecedentes clínicos relevantes, 81,3%, sendo os mais frequentes a cirurgia ortopédica, 40% e o AVC, 37,8%.

A maioria tem doenças crónicas, 96,7%, sendo as mais frequentes, a hipertensão, 58,2% e a demência, 38%.

O compromisso dos processos corporais varia entre 1 e 10, sendo em média de 4,45 (1,86).

Relativamente ao risco de compromisso dos processos corporais, a maioria apresenta risco de UP, risco obstipação, risco de queda e risco de desidratação, 89,2%, 88,8%, 85,7% e 67,6%, respetivamente.

### ***Comparação entre os clusters 1 e 2***

Iremos apresentar apenas as diferenças com significado estatístico.

Como se observa na tabela 99, há uma associação significativa entre o género e ser autónomo ou grande dependente. A percentagem de mulheres é superior no *cluster 2*: grandes dependentes (67,6% vs 76,6%)

**Tabela 99 - Caraterização dos *clusters* (2) em relação ao sexo.**

		Sexo		p
		Masculino	Feminino	
Autónomos	n	210	439	0,001
	%	32,4%	67,6%	
Grandes dependentes	n	113	369	
	%	23,4%	76,6%	

Há diferenças significativas relativamente à idade e idade de admissão no lar, entre as PI do *cluster* 1 e 2,  $t(1129) = -5,29, p < 0,001$  e  $t(1129) = -3,98, p < 0,001$ , respetivamente. As PI do *cluster* 2 (grandes dependentes), são em média 2,3 anos mais velhas que as PI do *cluster* 1 e tinham em média mais 2,3 anos, quando ingressaram no lar. Como se observa na tabela 100, há uma associação significativa entre o grupo etário e ser autónomo ou grande dependente. A percentagem de autónomos diminui do grupo etário mais jovem para o grupo etário mais velho.

**Tabela 100 - Caraterização dos *clusters* (2) em relação ao grupo etário.**

		Clusters autocuidado		p
		Autónomos	Grandes dependentes	
Até 80 anos	n	228	116	<0,001
	%	66,3%	33,7%	
80-90 Anos	n	339	251	
	%	57,5%	42,5%	
Mais de 90 anos	n	82	115	
	%	41,6%	58,4%	

Há uma associação significativa entre a escolaridade e ser autónomo ou grande dependente (tabela 101). Entre as PI analfabetas, 62,7% são autónomos; entre as que têm o 1º ciclo a percentagem aumenta e aumenta ainda mais entre as que têm o 2º ciclo ou mais (76,6%).

**Tabela 101 - Caracterização dos *clusters* (2) em relação à escolaridade.**

Escolaridade		Clusters autocuidado		p
		Autónomos	Grandes dependentes	
Analfabetos	n	207	123	<0,001
	%	62,7%	37,3%	
1º Ciclo	n	336	183	
	%	64,7%	35,3%	
2º Ciclo ou mais	n	82	25	
	%	76,6%	23,4%	
Sem informação	n	24	151	
	%	13,7%	86,3%	

Na tabela 101, podemos observar que há uma associação significativa entre o estado cognitivo e ser autónomo ou grande dependente. Entre as PI com estado cognitivo normal, a maioria é autónoma, 88,9%; entre as PI com estado cognitivo alterado a maioria é grande dependente, 59,5%.

Há uma associação significativa entre ser autónomo ou grande dependente e o estado mental. Entre as PI com estado mental normal, a maioria é autónoma, 80,4%; entre as PI com estado mental alterado a maioria é grande dependente, 77,5%.

**Tabela 102 - Caracterização dos *clusters* (2) em relação ao estado cognitivo e ao estado mental.**

			Clusters autocuidado		p
			Autónomos	Grandes dependentes	
Estado cognitivo	Normal	n	351	44	<0,001
		%	88,9%	11,1%	
	Alterado	n	298	438	
		%	40,5%	59,5%	
Estado mental	Normal	n	548	134	<0,001
		%	80,4%	19,6%	
	Alterado	n	101	348	
		%	22,5%	77,5%	

Há diferenças significativas entre os dois *clusters* relativamente ao número de vezes que recorrem ao SU,  $t(357) = -7,6$ ,  $p < 0,001$  e ao número de episódios de internamento, no

último ano,  $t(333) = -5,6, p < 0,001$ . Os grandes dependentes recorrem mais vezes ao SU e têm maior número de episódios de internamento, do que os autónomos (tabela 103).

**Tabela 103 - N° de episódios de urgência e internamento - comparação dos *clusters* (2).**

		<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
N° de vezes que recorreu ao SU no último ano	Autónomos	574	0,25	0,62	(357)=-7,6	<0,001
	Grandes dependentes	253	0,74	0,92		
N° episódios de internamento no último ano	Autónomos	574	0,14	0,41	(333)=-5,6	<0,001
	Grandes dependentes	253	0,40	0,69		

Há diferenças significativas entre os dois grupos: no risco de UP, os grandes dependentes apresentam maior risco de UP, do que os autónomos (score inferior na escala de Braden); no risco de queda, os grandes dependentes apresentam risco de queda superior aos autónomos; no grau de compromisso da deglutição, os grandes dependentes apresentam maior compromisso da deglutição do que os autónomos (score inferior na escala de O'Neill); no nível de consciência, os autónomos apresentam um nível de consciência, medido pela ECG, superior aos grandes dependentes; no desempenho cognitivo, os autónomos apresentam melhor desempenho cognitivo, medido pelo MMSE, do que os grandes dependentes; e na depressão, os grandes dependentes estão mais deprimidos que os autónomos (tabela 104).

**Tabela 104 - Comparação entre os clusters (2) - no score das escalas de Braden, Downton, O'Neill, DGS-15, ECG e MMSE.**

		<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score escala de Braden	Autónomos	29	17,52	1,84	(40,4)=9,38	<0,001
	Grandes dependentes	430	13,82	3,20		
Score escala de Downton	Autónomos	636	5,33	1,21	(1047)=-4,7	<0,001
	Grandes dependentes	413	5,70	1,29		
Score escala de O'Neill	Autónomos	41	5,56	0,55	(210)= 7,3	<0,001
	Grandes dependentes	210	4,45	1,82		
Score DGS - 15	Autónomos	555	4,34	1,84	(680)=-3,22	<0,001
	Grandes dependentes	127	4,94	2,00		
Score ECG	Autónomos	649	14,80	0,72	(525)=15,84	<0,001
	Grandes dependentes	482	12,64	2,92		
Score MMSE	Autónomos	584	20,02	5,77	(745)=6,69	<0,001
	Grandes dependentes	163	16,59	5,81		

Como se pode observar na tabela 105, há diferenças significativas entre os dois grupos: nos antecedentes clínicos, os grandes dependentes apresentam mais antecedentes clínicos relevantes do que os autónomos; nas doenças crónicas, os autónomos apresentam mais doenças crónicas do que os grandes dependentes; no grau de incentivo ao autocuidado, os grandes dependentes recebem maior incentivo ao autocuidado do que os autónomos; na intensidade de cuidados, a intensidade de cuidados é maior nos grandes dependentes do que nos autónomos; e na satisfação global, os autónomos estão globalmente mais satisfeitos do que os grandes dependentes.

**Tabela 105 - Comparação entre os *clusters* (2) - no grau de incentivo ao autocuidado, antecedentes clínicos, doenças crónicas, complexidade do RM, intensidade de cuidados, satisfação global e taxa de utilização de PA.**

		n	Média	DP	t	p
Grau de incentivo autocuidado	Autónomos	206	2,80	0,28	(309)=-6,19	<0,001
	Grandes dependentes	315	2,94	0,18		
Antecedentes clínicos	Autónomos	525	1,35	0,15	(796)=-2,7	0,007
	Grandes dependentes	397	1,38	0,16		
Doenças crónicas	Autónomos	632	3,07	1,35	(1096)=1,68	0,093
	Grandes dependentes	466	2,92	1,39		
Complexidade do RM	Autónomos	637	4,50	1,83	(1109)=-1,13	0,259
	Grandes dependentes	474	4,63	1,77		
Intensidade de cuidados	Autónomos	649	23,82	5,85	(798)=-5,53	<0,001
	Grandes dependentes	482	25,87	8,61		
Satisfação global	Autónomos	648	2,66	0,85	(839)=27,26	<0,001
	Grandes dependentes	482	0,95	1,17		
Taxa utilização PA global	Autónomos	550	65,18	22,35	(993)=0,41	0,967
	Grandes dependentes	445	65,12	21,37		

### ***Síntese das principais diferenças entre os dois clusters***

No quadro 3 apresentamos uma síntese das principais diferenças entre o *cluster 1*, constituído pelas PI autónomas e o *cluster 2*, constituído pelas PI grandes dependentes.

**Quadro 3 - Síntese das principais diferenças entre os *clusters* (2).**

<b>Variáveis</b>	<b><i>Cluster 1: Autónomos</i></b>	<b><i>Cluster 2: Grandes dependentes</i></b>
Sexo	67,6% Mulheres; 32,4% homens	76,6% Mulheres; 23,4% homens
Idade (anos)	83	85
Idade de ingresso no lar (anos)	77	79
Estado cognitivo	Normal (54,1%)	Alterado (90,9%)
Estado mental	Normal (84,4%)	Alterado (72,2%)
Nº de episódios de recurso ao SU	0,25	0,74
Nº episódios de internamento	0,14	0,4
Força muscular	4,37 (média dos 4 membros)	3,23 (média dos 4 membros)
Score escala de Braden	17,5	13,8
Score escala de Downton	5,3	5,7
Score escala de O'Neill	5,6	4,5
Score ECG	14,8	12,6
Score MMSE	20	16,6
Score DGS-15	4,3	4,9
Antecedentes clínicos relevantes	1,3	1,4
Doenças crónicas	3,1	2,9
Incentivo ao autocuidado	2,8	2,9
Intensidade de cuidados	24	26
Satisfação global	2,7	1,0

Assim, no *cluster 1* a percentagem de homens é superior à do *cluster 2*, onde se acentua o predomínio das mulheres. Os autónomos (*cluster 1*) são em média 2 anos mais jovens que os grandes dependentes e ingressaram no lar em média 2 anos mais tarde. A maioria das PI



do *cluster* 1 tem estado cognitivo e estado mental normal, enquanto as PI do *cluster* 2 têm maioritariamente estado cognitivo e estado mental alterados. As PI grandes dependentes (*cluster* 2) recorrem ao SU com mais frequência e têm mais episódios de internamento do que as PI autónomas (*cluster* 1).

As PI do *cluster* 1 apresentam maior força muscular nos quatro membros, do que as PI do *cluster* 2.

As PI do *cluster* 2 apresentam maior risco de queda, maior risco de UP, maior compromisso da deglutição, maior alteração do nível de consciência, maior score na escala de depressão e mais antecedentes clínicos relevantes do que as PI do *cluster* 1.

As PI do *cluster* 1 apresentam mais doenças crónicas do que as PI do *cluster* 2.

As PI do *cluster* 2 recebem maior incentivo ao autocuidado e intensidade de cuidados do que as PI do *cluster* 1.

Finalmente, as PI do *cluster* 1 estão globalmente mais satisfeitas, do que as PI do *cluster* 2.

### ***Modelo de regressão linear múltipla***

Apresentamos de seguida o modelo explicativo do nível global de dependência no autocuidado obtido pelo modelo de regressão linear múltipla.

No modelo de regressão linear para o autocuidado identificaram-se variáveis associadas ao nível de dependência no autocuidado. O modelo final, apresentado na tabela 106, explica 78,5% da variação do nível de dependência no autocuidado das pessoas idosas em estudo. A idade, o estado cognitivo, o estado mental, a satisfação global, o risco de compromisso dos processos corporais e a intensidade de cuidados estiveram significativamente associados com o nível global de dependência no autocuidado.

O aumento da idade, a alteração do estado cognitivo e a alteração do estado mental, contribuem para o aumento do nível de dependência das pessoas idosas residentes em lares. O aumento da satisfação global diminui o nível de dependência da pessoa idosa.

**Tabela 106 - Modelo de regressão linear múltipla para o nível global de dependência no autocuidado.**

	IC 95%			
	B	inf	sup	p
(Constant)	7,587	7,209	7,964	<0,001
Idade	-0,006	-,010	-,003	<0,001
Estado cognitivo	-0,247	-,314	-,179	<0,001
Estado mental	-0,141	-,232	-,050	0,002
Satisfação global	0,073	,023	,123	0,004
Risco de compromisso processos corporais	-0,432	-,457	-,408	<0,001
Intensidade de cuidados	-0,017	-,021	-,014	<0,001

#### 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iremos proceder à discussão dos resultados apresentados, tendo por base os objetivos e a finalidade do estudo: identificar as necessidades em cuidados de enfermagem das PI residentes em lares. Sempre que possível realçaremos as suas convergências ou divergências com os estudos apresentados na revisão da literatura.

##### *Caraterização sociodemográfica*

A maioria das PI residentes em lares da região Norte é do sexo feminino, 71,4%, com uma idade média de 84 anos. Estes resultados confirmam o que tem sido referido noutros estudos: a institucionalização está relacionada com a idade avançada e o sexo feminino, por motivos como a maior longevidade das mulheres e o aumento da esperança média de vida (Born & Boechat, 2006; Guedes, 2012; R. M. Martins, 2003; Rocha, 2012).

Quanto ao estado civil também a maioria é viúva, 56%, ou solteira, 27%, tal como nos estudos de Gonçalves (2003), Martins (2003), Born & Boechat (2006), Guedes (2012) e Rocha (2012), confirmando o que vem sendo defendido, por diversos autores: a ausência de uma rede familiar e social capaz de dar resposta às necessidades que vão surgindo com o envelhecimento condiciona a institucionalização (Gonçalves, 2003; Levenson, 2001; R. M. Martins, 2003; Paúl, 2005). Para Gonçalves (2003), o cônjuge é fundamental para a manutenção do dependente no domicílio e o seu desaparecimento precipita a institucionalização. No nosso estudo uma das causas da institucionalização do casal foi a necessidade de cuidados de um dos elementos, que o outro não se sentia capaz de satisfazer, como é claro no discurso de uma PI: *“Vim, porque já não conseguia tomar conta do meu marido, sozinha. Era de dia e de noite, tinha que estar sempre alerta, estava sempre com medo que ele caísse ou que fugisse (...)”*D2L1I6.

Os resultados relativos à escolaridade e profissão vão de encontro a outros estudos, inclusive a ausência desta informação nos processos, como é referido por Guedes (2012). A baixa escolaridade, percursos de vida marcados pela sobrevivência material da família e uma atividade profissional pouco qualificada, são frequentes na população idosa institucionalizada (Gonçalves, 2003; Guedes, 2012; Rocha, 2012).

No que respeita ao tempo de permanência no lar, no nosso estudo, em média 6 anos, é consonante com os resultados de Guedes (2012), que apontam para um tempo de permanência superior a 5 anos. A Carta social, no relatório de 2013 refere que 50% das PI permanecem no lar, por um período superior a 3 anos (GEP/MSESS, 2014). No estudo de Rocha (2012) sobre famílias clássicas do concelho de Lisboa com parentes institucionalizados, o tempo de institucionalização é de 4 (3,7) anos.

### ***Relações familiares e causas da institucionalização***

As causas da institucionalização são geralmente múltiplas e no nosso estudo não diferem das apontadas por vários autores, nomeadamente a falta de suporte familiar, a dependência no autocuidado e as condições da habitação, entre outros (Guedes, 2012; Pimentel, 2005; Rocha, 2012; L. Sousa et al., 2004).

A participação na decisão de ingressar no lar está relacionada com o motivo, pois frequentemente a PI vê-se confrontada com a falta de alternativas. Para 31,8% das PI “viver só”, foi o principal motivo de ingresso no lar geralmente associado a algum evento crítico. Cerca da 14% das PI coabitavam com o familiar de referência no momento da institucionalização e a maioria, 63,2%, concordou com a decisão.

No estudo de Rocha (2012), 18,9% dos dependentes coabitavam com a família antes da institucionalização, cerca de 50% viviam sozinhos e 32,4% foram para o lar “contrariados”. Este resultado é bastante superior ao do nosso estudo em que apenas 5% das PI referem não ter concordado com a decisão de ingressar no lar, no entanto não nos podemos esquecer que no estudo de Rocha (2012), quem respondeu foi a família e não a PI. Frequentemente as PI concordam por falta de alternativas como ilustra o relato seguinte: “ *Eu concordei pois claro que sim, o que é que eu podia fazer (...) com a perna partida, não podia ir para casa sozinha e o meu filho nunca me disse se eu queria ir para casa dele.*” D2L1I37.

Percebemos durante a colheita de dados, que frequentemente a solução de ingressar no lar não foi do agrado da PI, no entanto estas não o manifestavam abertamente, enumerando motivos para justificar (mais a si próprias, do que à investigadora) que a família não lhes tenha dado a possibilidade de permanecer em casa.

Vários autores referem que com o tempo a frequência das visitas vai diminuindo (Born & Boechat, 2006; Zimmerman, 2000). No nosso estudo a frequência das visitas, diminui com o número de anos de permanência no lar e à medida que diminui a frequência das visitas, também diminui a frequência das saídas, diminuindo portanto, as relações da PI com o exterior e com a família/pessoas significativas (Born & Boechat, 2006).

No estudo de Rocha (2012), a frequência das visitas referida pelos familiares, é ligeiramente superior ao nosso estudo, no entanto o tempo de institucionalização das PI é inferior.

As PI com alterações do estado cognitivo recebem mais visitas que as PI sem alterações do estado cognitivo, mas também são as que maioritariamente “*nunca recebem visitas*” (82%). As PI com estado mental alterado recebem menos visitas que as PI com estado mental normal e a maioria “*nunca recebem visitas*” (63%). De acordo com Sequeira (2010), as alterações ao nível cognitivo, psíquico/comportamental e funcional, das pessoas idosas com demências vão se agravando progressivamente dificultando a relação com os outros e o convívio social até que a pessoa deixa de interagir com mundo que a rodeia. De acordo com Zimmerman (2000), por vezes a reação da família às alterações mentais e comportamentais da PI é negativa, chegando a recusar-se a vê-los, sendo frequentes expressões como “*esta já não é a minha mãe*”.

A diminuição na frequência das saídas, que também se observa nas PI com alteração do estado cognitivo e mental, poderá estar associada à necessidade referida por Sequeira (2010), de manter o ambiente estável, criar e promover rotinas, reduzir a ansiedade, a tensão e a agitação e evitar o excesso de estímulos. Tivemos oportunidade de observar o regresso de uma PI com alteração do estado mental e cognitivo, após saída com a filha. A PI apresentava-se muito inquieta, agitada e agressiva, face ao que uma funcionária comentou: “*Não sei porque é que a filha ainda insiste em levá-la, vem sempre pior e ainda vai levar uns dias a acalmar. Era melhor deixá-la connosco, que estava mais sossegada.*” Funcionária D2L1.

Face aos resultados apresentados podemos concluir que a institucionalização está associada a uma diminuição do convívio social e familiar (Born & Boechat, 2006). Com o passar dos anos a família vai-se afastando, por motivos diversos, como a degradação do estado mental

e cognitivo da PI associados à idade e/ou ao aparecimento de demência; e ao envelhecimento, doenças e perdas, que ao longo dos anos vão ocorrendo também na família (Zimerman, 2000).

### ***Hábitos alimentares***

A maioria das PI faz 4 refeições /dia, dieta geral, 85%, de consistência normal, 79%, bebe habitualmente água, 95,6%, 47,5% bebem vinho geralmente ao almoço e 70% ingerem alimentos além dos fornecidos pelo lar.

Os hábitos variam entre os diferentes lares e são influenciados pela oferta de cada lar.

O estudo de Guedes (2012) avaliou os hábitos e as possibilidades de escolha, em termos de refeições. Eram oferecidas 5 refeições diárias, embora a ceia fosse garantida sobretudo aos dependentes, o que também se verifica em alguns lares do nosso estudo. As dietas disponíveis eram “geral” e “dieta”, também as mais frequentes, nos lares do nosso estudo. Os resultados de Guedes (2012) referem-se apenas à oferta de um lar, que como verificamos no nosso estudo é variável. Não há referência à ingestão habitual de alimentos ou bebidas além dos fornecidos pelo lar, uma prática que o que o nosso estudo demonstra ser muito frequente e que é superior nos lares que oferecem 4 refeições diárias.

Cerca de 20%, das PI do nosso estudo, têm dieta de consistência mole, pastosa, ou líquida e as PI que fazem dieta de consistência normal, apresentam melhor desempenho cognitivo. A mastigação de alimentos sólidos estimula a atividade do hipocampo, região cerebral importante para a manutenção da memória e capacidade de aprendizagem. Uma alimentação de consistência predominantemente mole suspende a atividade do hipocampo (Afonso, Morais, & Almeida, 2012).

O estado dos dentes e a saúde oral é também um dos aspetos com influência nos hábitos alimentares e de forma mais abrangente na saúde e bem-estar das PI (Gavinha, 2010; Lancker et al., 2012; Larsson & Thorslund, 2006; Wang et al., 2012).

### ***Hábitos de higiene***

As PI apresentam-se com boas condições de higiene e asseio, embora os hábitos sejam variáveis e influenciados pela oferta dos lares. Também o estudo de Guedes (2012) refere

uma frequência do banho geral variável. Refere ainda que há controlo em torno dos que não apresentam boas condições de higiene, implementando-se a regra dos “banhos acompanhados”, sempre que as PI não apresentam as condições de higiene consideradas adequadas (Guedes, 2012). No nosso estudo, pelo que tivemos oportunidade de observar, quando a PI, sendo autónoma não apresentava boas condições de higiene, era alertada para a necessidade de “tratar do assunto”. Alguns relatos, relativos à frequência do banho geral, em alguns lares, deram-nos conta de alguma “pressão”, no sentido de não tomar banho diariamente “ (...) *eles não querem, dizem que não é preciso andar sempre a tomar banho, gasta muita água, sabe? Mas eu levanto-me às 5h, que ainda não anda por aí ninguém, vou tomar banho e volto para a cama até às 7h (...)* ” D3L1I57.

Relativamente às idas ao barbeiro/cabeleireiro, assim como a aplicação de desodorizante ou perfume e creme hidratante, as frequências são baixas. As questões económicas foram frequentemente apontadas como limitadoras: “*Eu até gostava de ir mais vezes, mas fica caro e o dinheiro não chega, só vou quando preciso mesmo de o cortar...*” D2L1I84; “*Perfume, às vezes oferecem-me no Natal, e vou pondo, mas quando acaba não compro, o dinheiro fica aqui quase todo e a gente tem que poupar para alguma necessidade...*” D3L4I45; “ [creme] *...só ponho na cara e nas pernas (...), sabe que aqui paga-se tudo e o meu filho já tem tanta despesa, ele traz-me tudo o que eu preciso, eu é que não me sinto bem de lhe estar sempre a pedir (...)* ” D1L2I87.

A frequência média diária de lavagem dos dentes também é baixa e insuficiente para garantir uma boa saúde oral e dos dentes, o que vai de encontro ao referido noutros estudos realizados na população idosa institucionalizada (Gavinha, 2010; Lancker et al., 2012; Weening-Verbree et al., 2013).

Face aos resultados apresentados, relativos à higiene oral e ao estado dos dentes parece-nos necessária a introdução de medidas que visem a melhoria dos hábitos de higiene oral. O estudo de Weening-Verbree et al, (2013), indica o conhecimento (sessões de educação para a saúde), a autoeficácia e a facilitação do comportamento, fornecendo o material necessário, como as estratégias mais utilizadas para melhorar a higiene oral em lares de idosos.

## ***Hábitos de Eliminação***

A maioria das PI apresenta continência de fezes (97%) e urina (55%) e utiliza o wc/sanita. Não se observaram diferenças entre os lares no que se refere à eliminação, no entanto alguns aspetos relacionados com a ajuda às PI com dependência no autocuidado usar o sanitário e que influenciam os seus hábitos, merecem reflexão.

A eliminação é uma necessidade humana básica, que desde a infância aprendemos a realizar de forma privada. Influenciada por normas culturais e crenças pessoais, cada pessoa desenvolve os seus próprios rituais de eliminação e higiene íntima, que permanecem privados a maior parte da sua vida. A incapacidade de realizar esta atividade de forma independente, mais frequente nas PI, pode ser uma experiência muito stressante e embaraçosa (Heath, 2009).

Tivemos oportunidade de observar, que quando a PI solicita ajuda para ir ao wc, frequentemente é orientada para fazer na fralda e quando tal não acontece, raramente tem ajuda imediata, muitas vezes tem que solicitar mais que uma vez, acabando por não ir a tempo, como ilustra o relato seguinte: *“É sempre assim, já vou, já vou (...) mas nunca mais cá aparecem, o que vale é que tenho a fralda! Elas não dizem que não, coitadas, são de boa vontade, mas não dão feito a tudo, é muita gente!”* D5L2I34. A investigadora foi chamada à atenção por uma funcionária, por ter ajudado uma PI a ir ao wc: *“Ela tem fralda, não pode fazer isso, senão quer ir sempre!”* Funcionária D4L2.

Se, algumas PI têm dificuldade em adaptar-se à fralda e são relutantes em deixar de utilizar o wc/sanita, outras manifestam vontade de a usar *“ (...) faço na fralda, prefiro, não tenho necessidade de estar a incomodar ninguém e custa-me muito a erguer, assim é mais fácil”* D1L2I18. Zimerman (2000) refere que muitas vezes as PI evitam pedir ajuda, porque não querem incomodar, têm medo de ser rotuladas de “chatas”, ou têm medo que o pedido seja negado, gerando frustração.

Observamos uma prevalência de incontinência urinária de 44,9%. Estes resultados não parecem ser muito diferentes de outros estudos encontrados, no entanto devido às diferentes metodologias de avaliação e classificações de incontinência utilizadas, é necessária prudência na comparação dos resultados (Cruz & Lopes, 1999; Erber, 2013; Roe et al., 2010).

Os indicadores de qualidade, sensíveis aos cuidados de enfermagem, relacionados com a eliminação incluem a prevalência de cateteres urinários, as infeções do trato urinário (ITU), o aparecimento de novos casos de incontinência em PI de baixo risco, e a



incontinência sem “plano de eliminação/idas ao wc”. No nosso estudo a prevalência de cateteres urinários é baixa, 1,5%. Os planos de eliminação não existem e não dispomos de dados para avaliar a taxa de incidência da incontinência, nem das ITU (Aleixo et al., 2011; Nakrem et al., 2009).

### ***Exercício e lazer***

A maioria das PI tem hábitos de exercício, 61,2%, com uma frequência de 4 x semana; o exercício mais frequente é a ginástica, 59,9%, seguido da caminhada, 50,6%.

Estes resultados são consonantes em alguns aspetos e diferem noutros, com os de outros estudos em que há referência aos hábitos de exercício das PI residentes em lares (Amaro, 2012; Guedes, 2012). São superiores aos do estudo de Amaro (2012) relativamente à percentagem de PI que praticam exercício físico (61,2% vs 52,9%) e à frequência semanal (4 vs 2). O estudo de Guedes (2012) é qualitativo, refere alguns aspetos, que também foram observados e referidos pelas PI no nosso estudo como desmotivantes para a prática de exercício no lar, nomeadamente o facto de as aulas serem em conjunto, para pessoas com diferente capacidade física, na sala de convívio e sem vestuário nem calçado adequado.

As PI com hábitos de exercício estão menos deprimidas, apresentam melhor desempenho cognitivo, têm menor risco de queda, menos doenças crónicas, tomam menos medicação, têm menos compromissos dos processos corporais, são mais independentes no autocuidado e estão globalmente mais satisfeitas.

Considerando estes resultados, o exercício físico tem efeitos muito positivos na saúde das PI residentes em lares, é um hábito que deve ser estimulado e relativamente ao qual a oferta dos lares tem potencial para melhorar.

Carvalho e Mota (2012) alertam que a prática de exercício físico deve ser sistemática, controlada e adaptada ao estado de saúde e condição física de cada PI, de forma a não sobrecarregar excessivamente o sistema locomotor e o sistema cardiovascular. A criação de pequenos grupos mais homogéneos permitiria o planeamento e realização de aulas mais adequadas à capacidade e gosto do grupo, motivando um maior número de PI para a prática regular de exercício físico.

Relativamente aos hábitos de lazer, que a maioria das PI refere ter, 91,8%, a atividade mais frequente é ver televisão, 63%.

Estes resultados poderão ser explicados pelo percurso de vida de grande parte da população idosa residente em lares, muito centrado na subsistência da família, com pouca instrução e poucos recursos. Principalmente as mulheres trabalhavam no campo e em casa desde o amanhecer até ser noite, não lhes sobrando tempo para atividades de lazer. Esta ideia foi expressa por várias PI quando questionadas sobre as atividades de lazer, como ilustra o relato seguinte: “*Já trabalhei muito, costurava, bordava, fazia tudo (...) agora não posso trabalhar, não faço nada (...)*” D5L1I45.

Ver televisão está associado a pior condição de saúde (maior dependência no autocuidado e maior compromisso dos processos corporais), o que está de acordo com o estudo de De Singly & Mallon (2000), citado por Guedes, a “*televisão impera, face a um público indiferente de dependentes*” (Guedes, 2012, p. 173).

Jogar cartas, fazer trabalhos manuais e ler estão associados a melhor desempenho cognitivo; fazer trabalhos manuais está associado a menor depressão; ler está associado a menor dependência no autocuidado; e passear está associado a menor risco de queda, menor dependência e menor compromisso dos processos corporais.

Para Guedes, nos lares as atividades de lazer são entendidas como atividades para “passar o tempo”, sendo poucas as PI que ocupam o seu tempo de forma personalizada, desenvolvendo leituras, trabalhos ou hobbies que lhes deem satisfação e prazer (Guedes, 2012).

Considerando os resultados do nosso estudo, as atividades de lazer deveriam ser pensadas e planeadas numa perspetiva de promoção da saúde, oferecendo atividades de acordo com o gosto/preferência das PI, adaptadas às suas capacidades, dinâmicas, diversificadas, sempre que possível rentabilizando os espaços exteriores e jardins, para evitar a monotonia e motivar mais PI a participar.

### ***Sono /repouso***

As PI dormem em média 7 (1,2) horas. A maioria não refere alterações do sono (70%), sente-se descansada depois de dormir (93,3%), prepara-se para dormir (95%), não tem hábitos de sesta (62%) e toma medicação para dormir (62%). Estes resultados são convergentes com os resultados do estudo sobre a prevalência de perturbações do sono na população portuguesa com 18 ou mais anos, publicado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA), em 2006, no que se refere ao nº de horas de sono, no entanto a

percentagem de pessoas sem hábitos de sesta é inferior no nosso estudo (65% vs 86%), a percentagem de pessoas que referem sentir-se cansadas depois de dormir também é inferior (6,7% vs 16%), a percentagem de pessoas com dificuldade em adormecer é muito superior no nosso estudo (72,8% vs 19%), assim como a percentagem de pessoas que tomam medicação para dormir (62% vs 14%). De acordo com o mesmo estudo, as mulheres apresentam indicadores mais desfavoráveis (no nosso estudo as mulheres apresentam mais alterações do sono) e genericamente todos os indicadores apresentam tendência crescente com a idade (Paixão, Branco, & Contreiras, 2006), o que poderá explicar algumas das diferenças encontradas. Os estudos de Ferreira (2011) e Silva (2013), com PI institucionalizadas, indicam cerca de 41% das PI com alterações do sono, o que é ligeiramente superior aos resultados do nosso estudo (30%), no entanto nos estudos referidos não há referência ao consumo de medicamentos para dormir. Relativamente à dificuldade em adormecer, os resultados do nosso estudo, 72,8%, são ligeiramente superiores aos do estudo de Silva (2013), 64,3%, e muito superiores aos do estudo de Ferreira (2011), 16%.

Não há diferenças significativas, entre os lares no que se refere aos hábitos de sono. As condições ambientais que perturbam o sono, nomeadamente o ruído e a luz, estão associadas a sentir-se ou não descansado depois de dormir. Considerando estes resultados e a dificuldade em adormecer, apresentada pela maioria das PI, com alterações do sono (72,8%), é importante garantir um ambiente facilitador, calmo, sem ruídos e obscurecido.

### ***Consumo de substâncias***

O consumo de substâncias é baixo (5%), o que está de acordo com o referido no plano nacional de saúde, comportamentos de consumo de substâncias nocivas para a saúde são geralmente mais frequentes entre os jovens (DGS, 2004).

Os estudos de Ferreira (2011) e Silva (2013), com pessoas idosas institucionalizadas, apresentam, tal como no nosso estudo, baixos consumos, embora relativamente ao álcool nenhum dos estudos distinga o consumo moderado e excessivo (que foi o considerado no nosso estudo) e os valores apresentados, 4% no estudo de Ferreira e 5,9%, no estudo de Silva (2,6%, no nosso estudo) referem-se ao consumo regular, sem especificar a quantidade. Relativamente ao tabaco, no nosso estudo 2,6%, das PI fumam, no estudo de

Ferreira (2011), 4% e no estudo de Silva (2013), todas as pessoas que fumavam, deixaram de fumar há mais de um ano.

### ***Vigilância de saúde***

Com a entrada no lar, a maioria das PI/famílias, deixam de se preocupar com a vigilância de saúde, 52,1%, não fazem consultas de vigilância, além das proporcionadas pelo lar. O facto de a generalidade dos lares dispor de médico e de as receitas da medicação crónica serem passadas pelo médico do lar, podem contribuir para estes resultados e podem dar origem a duas situações distintas: duplicação de gastos e recursos, quando a PI recorre a ambos e os mesmos serviços são proporcionados pelo lar e pela unidade de saúde, ou ausência de vigilância de saúde quando a PI não procura os serviços e cada uma das instituições considera que ela deve ser garantida pela outra. Seria benéfico para a saúde das PI, sem prejuízo da sua liberdade de escolha, que as responsabilidades do lar e dos serviços de saúde, na vigilância acompanhamento de saúde das PI residentes nos lares, fossem clarificadas e efetivamente cumpridas.

O principal motivo apontado para a pouca vigilância no que se refere à saúde oral (88% das PI não vão ao dentista com regularidade) foi a falta de dinheiro. Num dos lares foi referido pelas PI que já houve dentista, tanto quanto nos foi possível perceber as consultas não eram pagas, apenas o material protésico se fosse necessário, e que nessa altura iam às consultas com regularidade. Esta é uma área da saúde, que nas PI assume grande relevância pela falta de vigilância e cuidados de prevenção nas fases anteriores da vida, que necessita de atenção e de intervenção das autoridades de saúde, no sentido da sua inclusão no plano nacional para a saúde das PI.

### ***Condição de saúde atual***

A maioria das PI tem doenças crónicas (97%), antecedentes clínicos relevantes (81%) e consome medicamentos (98,5%). No que se refere à complexidade do regime medicamentoso, cada PI toma em média: 6,62 (3,1) fármacos diferentes; 4 (2) fármacos por toma; e 3 (1) tomas/dia. O antecedente clínico relevante mais frequente é a cirurgia ortopédica (40,7%) e o AVC (25,6%). Cada PI tem em média 3 (1,4) doenças crónicas. A

doença crónica mais frequente é a HTA (59,8%), depois a dislipidemia (36,4%), as doenças reumáticas (35%) e a doença cardíaca (32,4%).

Estes resultados apresentam algumas diferenças quando comparados com os dados oficiais divulgados para a população idosa. De acordo com o inquérito nacional de saúde, 2005-2006, a partir dos 55 anos a HTA atinge frequências superiores a 80% e as doenças reumáticas chegam aos 50% nas pessoas com mais de 75 anos; a partir dos 65 anos, mais de 80% das PI tomam medicamentos com regularidade, o que é compatível com os resultados do nosso estudo (INE & INSA, 2009). O plano nacional para a saúde das pessoas idosas refere que a prevalência de demência e AVC aos 85 anos é de 30% (DGS, 2004), a prevalência de AVC e demência, no nosso estudo é ligeiramente inferior, 25,6% e 23%, respetivamente.

O consumo médio de medicamentos é ligeiramente superior à média referida por Soares (2009), 5,3 fármacos, e Henriques (2011), 5,6 fármacos; e inferior ao referido por Costa (2009), 7,3. Importa referir que nenhum destes estudos foi realizado em lares de idosos.

Relativamente aos focos de atenção/diagnósticos de enfermagem que indicam compromisso dos processos corporais, os mais frequentes são: diminuição da força muscular, 64,6%; diminuição da amplitude articular, 46%; e equilíbrio em pé comprometido, 36,4%. Estão relacionados com o compromisso do sistema neuromusculoesquelético e resultam frequentemente das doenças reumáticas e AVC.

O diagnóstico de enfermagem deglutição comprometida está presente em 22,2% das PI. Perante esta alteração da saúde é necessária a adequação da consistência da dieta, em função do nível de compromisso apresentado, mas também cuidados especiais na administração da alimentação, além da vigilância das refeições e respetivos registos, para que seja possível monitorizar a evolução do diagnóstico e a eficácia das intervenções. Pelo que observamos, na maioria dos lares, o enfermeiro não está presente durante as refeições, e quando está em geral é para distribuir/administrar a medicação. A supervisão e ajuda são realizadas pelas funcionárias de apoio direto. Nas salas/refeitórios secundários, onde as PI mais dependentes, de alguns lares, fazem as refeições, a maioria não se sentam à mesa (fazem a refeição no cadeirão onde já se encontravam sentadas) e só em alguns lares têm mesas apoio à refeição. As funcionárias administram frequentemente as refeições de pé e são em número insuficiente para poderem demorar com cada PI o tempo adequado à administração da refeição de forma segura. Têm receio de administrar água, quando a PI se “engasga”. O espessante para líquidos é pouco utilizado e não existe em todas os lares.

A obesidade e magreza excessiva estão presentes em 14% e 6% da nossa amostra, respetivamente. No caso das PI também com alteração do estado mental e cognitivo, na presença destas alterações da saúde é necessária a vigilância das refeições e registo da quantidade ingerida e tolerância. Em alguns lares, observamos que as refeições não são fornecidas individualmente para cada PI. É a funcionária de apoio direto que decide a quantidade que é servida/administrada a cada PI, não havendo referência para registar/informar a quantidade ingerida. Tivemos oportunidade de observar uma situação em que ao almoço, na sala/refeitório secundário, a funcionária de apoio direto encheu demasiado o prato a uma PI com obesidade, justificando à investigadora: *“esta senhora come muito bem... se lhe desse mais ela comia”* (Funcionária D4L1) e que perante uma PI com magreza excessiva e recusa alimentar, referiu *“hoje comeu muito bem”*, quando a PI tinha ingerido meia tigela de sopa e três colheres do conteúdo do prato (praticamente toda a quantidade, que lhe tinha sido servida).

A dor está presente em 31% das PI e a intensidade média é de 4,46 (1,35) na EVA. O controlo da dor é um dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, referidos na literatura (Aleixo et al., 2011; Nakrem et al., 2009). O estudo de Tse & Ho (2011) refere uma intensidade de 3,66 (1,7), na escala numérica, que após um programa de gestão da dor, com formação ao pessoal e às PI, sobre medidas não farmacológicas de controlo da dor, desceu para 2,88 (2,0), no grupo experimental. No grupo de controlo que apresentava um score inicial de 4,92 (2,9), a dor subiu, no mesmo período para 5,31 (2,3). Os resultados do nosso estudo são superiores aos do grupo experimental e inferiores aos do grupo de controlo.

No que se refere à obstipação, observamos uma prevalência de 22% para a presença de obstipação e em 21,4% dos casos ausência de dados para avaliar. O risco de obstipação apresentou uma prevalência de 48%. Os estudos referem uma prevalência de obstipação em lares de idosos, entre 44 a 74% das PI (Fosnes, Lydersen, & Farup, 2012).

O diagnóstico de enfermagem expetorar ineficaz, foi identificado em 15% da nossa amostra e indica presença de secreções que a pessoa não é capaz de expelir, sem ajuda. A acumulação e estase de secreções, frequentemente associadas a imobilidade, podem originar o aparecimento de pneumonias (relativamente às quais não dispomos de dados). No estudo de Kruger, Jansen, Grimsmo, Eide & Geitung (2011), as pneumonias, foram responsáveis por 51% dos internamentos hospitalares por infeção, de PI provenientes de lares, na Noruega.

### ***Processo psicológico***

As mudanças relacionadas com o envelhecimento no processo psicológico podem, tal como já foi referido, resultar das mudanças a vários níveis, nomeadamente fatores genéticos, estado geral de saúde, alterações nos órgãos dos sentidos, que condicionem a interação com os outros e com o meio, a atividade e exercício, as mudanças a nível físico e social, entre outras. O conhecimento e avaliação dos fatores que podem afetar a condição psicológica da PI são essenciais para a identificação das suas necessidades em cuidados de enfermagem e para o planeamento de respostas adequadas.

O número de PI com alterações do estado cognitivo e do estado mental (61,5 e 39,7% respetivamente) é preocupante e tem implicações no dia-a-dia dos lares, principalmente nos casos em que, o problema subjacente não está diagnosticado e portanto, não está a ser tratado. Passar algumas horas numa sala com pessoas idosas a gritar, ou a gemer, entre outras sem nenhuma alteração e onde as atividades se desenvolvem como se elas não estivessem presentes, com níveis de ruído elevados, num ambiente confuso, agitado, agressivo, onde parece que ninguém se entende, é uma experiência devastadora. Dada a dimensão do problema, alguns lares (4 na nossa amostra), procuraram acompanhamento médico especializado, na área da saúde mental. No entanto esta é mais uma questão que em nosso entender necessita de intervenção urgente, pois estas PI necessitam de cuidados que frequentemente não recebem, o que tem implicações não só na sua saúde e bem-estar mas também na dos outros residentes.

Relativamente à depressão, no nosso estudo, a prevalência diagnosticada pelo médico, foi de 14,9% e pela aplicação da DGS-15, 18,2%, sendo que em 39,6% das PI não foi possível aplicar a escala. O estudo de Almeida e Quintão (2012), realizado em Portugal, refere que os estudos apontam para uma prevalência de 14% nas PI da comunidade e 25 a 73% nas PI institucionalizadas. Costa (2005) num estudo realizado com PI a residir em lar e PI em centro de dia, conclui que a prevalência de depressão na amostra institucionalizada era inferior à da amostra comunitária (55% vs 68%). O estudo de Cahoon (2012) refere uma prevalência de depressão entre 15 e 19%, nos idosos Americanos. A divergência nos resultados dos diversos estudos resulta provavelmente da utilização de diferentes instrumentos de avaliação e/ou critérios de diagnóstico, o que é comum a diversos focos de atenção e referido pelos autores, na medida em que dificulta ou impossibilita a comparação de resultados (Worden et al., 2006).

## ***Sensações***

Relativamente à acuidade visual e auditiva, a maioria das PI apresenta alterações (65% com diminuição da visão e 59,4% com diminuição da audição). No entanto apenas 38% usam óculos e 3,5% usam aparelho auditivo. Estes resultados demonstram uma ausência de correção significativa, para as dificuldades de visão e ainda mais para a audição, não só pela falta de equipamentos adaptativos, mas também por se encontrarem desadequados às necessidades atuais, no caso dos óculos (a avaliação foi realizada com os óculos, quando a PI os usava). Um dos fatores mais frequentemente apontados são as questões económicas, associadas à idade, ou seja a análise do custo/benefício, mas também a falta de avaliação/orientação adequadas, que são evidentes nos relatos seguintes: “ *Os óculos já precisavam de ser mudados, que já não vejo bem com eles (...) às vezes nem os ponho, mas o dinheiro não dá para tudo. Também agora para o tempo que vou durar e para o que faço, pouco valerá a pena.*” D3L3I88. “*Eu já fui aí a um sítio, que uma senhora minha amiga também já tinha ido e cheguei a comprar o aparelho. Ainda me custou bastante dinheiro na altura, mas não me dei com aquilo (...) não sabia trabalhar com ele, arrumei-o e já nem sei onde o tenho.*”, D2L1I72.

## ***Bem-estar espiritual***

A maioria das PI é católica, 72%, e apresenta um bom nível de bem-estar espiritual, com um score médio de 82,7 (9,6), na SAS.

As mulheres e as PI com mais de 90 anos apresentaram maior bem-estar espiritual do que os homens e as PI dos grupos etários mais jovens, o que é convergente com o estudo de Rego (2008), no qual as mulheres e as pessoas mais velhas também apresentaram melhor bem-estar espiritual.

## ***Grau de satisfação***

A maioria das PI está satisfeita em todas as dimensões avaliadas: com a alimentação, a higiene, o seu aspeto geral, a eliminação, a oferta de exercício e lazer, o sono/repouso, a vigilância de saúde. A satisfação com a vida é a dimensão em que a satisfação é menor,



28,5% das PI estão pouco ou nada satisfeitas com a sua vida. A maioria, 55,6% está globalmente satisfeita ou muito satisfeita.

Os homens e as PI com menos de 90 anos apresentam maior satisfação global do que as mulheres e as PI com mais de 90 anos, o que poderá estar relacionado com a maior dependência no autocuidado, uma vez que maior satisfação global está associada a maior independência no autocuidado e os homens, dos grupos etários mais jovens são menos dependentes, do que as mulheres e as PI com mais de 90 anos. Também no estudo de Borg, Hallberg & Blomqvist (2006), as mulheres apresentaram pior satisfação com a vida, no entanto segundo o mesmo estudo a dependência no autocuidado tem maior valor explicativo da satisfação do que o sexo.

### ***Incentivo à autonomia e participação nas decisões***

O incentivo à autonomia das PI é muito baixo. Mais de 90% das PI que necessitam de incentivo para participar na higiene de acordo com as suas possibilidades, usar o sanitário e arranjar-se, e 80% das PI que necessitam de incentivo para vestir-se, não o recebem. O estudo de Chang & Yu (2013) refere que os lares de idosos têm dificuldade em promover a autonomia/ independência no autocuidado, das PI, apresentando razões relacionadas com as atitudes, comportamentos e preocupações da família, as características da PI e as atitudes/comportamentos dos profissionais. O estudo de Taylor, Sims & Haines (2012), refere que expressões como: ajuda segura, prevenção de quedas, cuidados paliativos e restrição de gastos, nos discursos sobre os cuidados às PI, podem influenciar negativamente a promoção da sua autonomia e mobilidade.

Relativamente à participação nas decisões sobre as refeições, higiene e vestuário, cerca de 53% das PI considera que decide sobre o local das refeições, 32% decide sobre a frequência e local do banho e 46,6% decide sobre a roupa que vai vestir. Da nossa observação as PI independentes no autocuidado decidem, as dependentes não decidem, tal como é referido por outros autores (Guedes, 2012; Paúl, 2005).

Algumas PI manifestam o seu descontentamento, como ilustra o relato seguinte: *“Decidir? Não, a gente aqui não decide nada, e quem lhe disser que decide está a mentir, quem decide tudo são as doutoras e a gente tem é que cumprir! Desta idade voltar a ser mandada, nunca pensei (...)”*D1L2I78. Da nossa observação esta reação resulta da divergência, em algum momento, entre a vontade da PI e as normas do lar ou a orientação

dos responsáveis, em que a PI toma consciência de que efetivamente perdeu o controle sobre a sua vida, o que lhe causa sofrimento. Outras PI aceitam com agrado que outros decidam por si, como podemos observar pelo relato seguinte: “ *As meninas é que sabem, eu agora não sei nada disso, elas sabem o que é bonito e fica bem (...) se a gente tem que sair, elas escolhem uma roupa mais arranjadinha (...) preparam sempre a gente muito bem*” D4L1I74.

### ***Autocuidado***

Virar-se e alimentar-se são os domínios de autocuidado em que as PI são mais independentes, depois transferir-se, erguer-se, arranjar-se e vestir-se. Cuidar da higiene, andar e usar o sanitário, são os domínios em que são mais dependentes. Estes resultados estão de acordo com o estudo sobre a dependência, da carta social (Nogueira, 2009), relativo aos lares de idosos que refere alimentar-se como o autocuidado com menor percentagem de dependentes, seguido da mobilidade (que inclui os autocuidados, virar-se, transferir-se, erguer-se e andar), depois usar o sanitário, vestir-se e cuidar da higiene, como os domínios em que as PI são mais dependentes. O estudo de Sequeira, realizado em 2007, não utiliza a mesma escala para avaliar a dependência, no entanto pelas características definidoras, dos níveis de dependência é possível perceber que alimentar-se é o domínio do autocuidado em que as PI são menos dependentes, depois usar o sanitário e depois os domínios em que são mais dependentes (por ordem decrescente), transferir-se, andar, vestir-se e tomar banho. Os domínios virar-se e arranjar-se não foram avaliados (Sequeira, 2010). Outros estudos, realizados com pessoas dependentes no domicílio (maioritariamente idosos) apresentam resultados diferentes. Nomeadamente os estudos de Costa (2013), Petronilho (2013) e Ribeiro & Pinto (2014). Nestes estudos os domínios de autocuidado relacionados com a mobilidade (virar-se, erguer-se, transferir-se e andar), são aqueles em que as pessoas são menos dependentes, depois há algumas diferenças entre eles, mas comparativamente ao nosso estudo, são em geral menos dependentes para usar o sanitário e cuidar da higiene, e mais dependentes para alimentar-se e arranjar-se.

As mulheres são mais dependentes do que os homens, em todos os domínios de autocuidado e as PI mais velhas, também são mais dependentes. Diversos autores referem que a maior idade e o sexo feminino estão associados a maior dependência (Botelho, 2005; Imaginário, 2004; Ribeiro & Pinto, 2014; Sequeira, 2010).

A análise fatorial da escala de autocuidado de Duque (2009) agrupou para a população idosa residente em lares, os domínios de autocuidado relacionados com a mobilidade (transferir-se, andar e erguer-se) e o autocuidado usar o sanitário no mesmo fator. O que poderá ser explicado por implicarem atividades semelhantes. As atividades cortar/cuidar das unhas das mãos e dos pés originalmente no domínio do autocuidado arranjar-se, têm pesos fatoriais que justificam a sua transferência para o domínio do autocuidado higiene. Estes resultados, dos quais informaremos o autor, poderão ser justificados pelas características próprias desta população: PI residentes em lares.

### ***Perfil de autocuidado das PI residentes em lares***

A análise de *clusters* pelas variáveis, satisfação com a vida, atitude perante a vida e expectativas futuras, agrupou a população idosa residente em lares, sem alterações da consciência, do estado cognitivo e do estado mental, em 3 *clusters* com características semelhantes a três dos quatro perfis de autocuidado definidos por Backman & Hentinen (1999).

*O cluster 1: PI com perfil de autocuidado responsável; O cluster 2: PI com perfil de autocuidado formalmente guiado; e o cluster 3: PI com perfil de autocuidado abandonado.*

As PI com perfil de autocuidado responsável estão satisfeitas com a vida, têm uma atitude positiva perante a vida e têm expectativas perante a vida presente e futura, pouco elevadas, já pouco elevadas, pela fase da vida em que se encontram. Selecionaram antecipadamente o lar onde pretendiam ingressar, por decisão própria, para garantir apoio quando dele necessitassem. Ingressaram no lar enquanto ainda se encontravam bem, de forma a poderem adaptar-se à nova residência e usufruírem dos serviços oferecidos pelo lar e que os libertam para outras atividades que gostam de realizar. Estão pouco ou nada preocupados com a sua saúde, uma vez se encontram bem, independentes no autocuidado e sem compromisso dos processos corporais, no entanto continuam a assumir a responsabilidade pela sua vigilância de saúde.

As PI com perfil de autocuidado formalmente guiado estão satisfeitas com a vida, têm uma atitude positiva perante a vida e expectativas perante a vida presente e futura baixas. Embora soubessem que iriam precisar de ajuda, só a procuraram quando já não eram capazes de se manterem sozinhos, pelo compromisso dos processos corporais, doenças

crónicas, idade e nível de dependência no autocuidado que progressivamente se foram instalando ou porque um evento crítico precipitou a necessidade de ingressar no lar. Vão às consultas com maior frequência, pela sua dependência dos profissionais de saúde.

As PI com perfil de autocuidado abandonado estão pouco satisfeitas com a vida, têm uma atitude perante a vida pouco positiva e expectativas baixas. Ingressaram no lar por decisão da família, precipitada pela ocorrência de um evento crítico e que aceitaram passivamente. As doenças crónicas e o compromisso dos processos corporais fazem com que estejam preocupadas ou muito preocupadas com a sua saúde e deprimidas, sendo a família ou o lar a assumir a responsabilidade pela sua vigilância de saúde.

O autocuidado emerge como um recurso de saúde para as PI, como refere o estudo de Hoy et al (2007). O estado de saúde e bem-estar da PI varia em função do seu perfil ou estilo de autocuidado.

A identificação do perfil de autocuidado das PI poderá permitir aos enfermeiros planear e organizar os cuidados antecipando a oferta de respostas mais adequadas às necessidades.

### ***Autónomos/grandes dependentes***

A análise de *clusters* pelo nível de dependência no autocuidado, agrupou as PI residentes em lares, em dois grupos (*clusters*). No *cluster 1: Autónomos* estão as PI independentes, ou dependentes em grau reduzido, para o autocuidado. No *cluster 2: Grandes dependentes* estão as PI dependentes em grau moderado ou elevado, para o autocuidado.

As PI *autónomas* são independentes ou necessitam de equipamento para o autocuidado. São mais jovens e ingressaram no lar mais cedo; não apresentam alterações do estado cognitivo nem do estado mental. Apresentam menos compromisso e risco de compromisso dos processos corporais. Apresentam maior satisfação global e necessitam de menor intensidade de cuidados.

As PI *grandes dependentes* necessitam de ajuda de pessoas ou não participam no autocuidado, necessitando de ser substituídas. São mais velhas, ingressaram no lar mais tarde e entre elas a proporção de mulheres é superior à do *cluster 1*. Apresentam estado cognitivo e estado mental alterados, maior compromisso e risco de compromisso dos processos corporais. Estão globalmente menos satisfeitas e necessitam de maior intensidade de cuidados. Apresentam ainda maior número de episódios de recurso ao SU e internamento, do que as PI *autónomas*. Também no estudo de Petronilho (2013) os grandes

dependentes apresentam maior número de internamentos e necessitam de maior intensidade de cuidados. O estudo de Costa (2013), também identifica maior intensidade de cuidados nos grandes dependentes, do que nos autónomos.

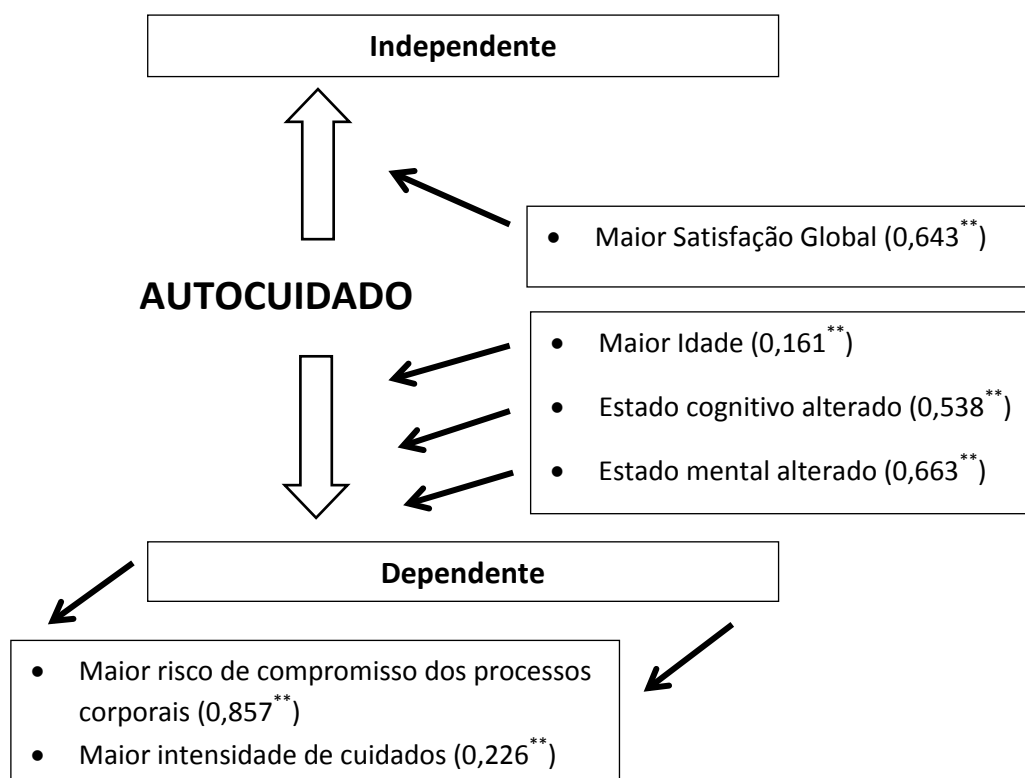
Este agrupamento permite planejar os cuidados de acordo com os três sistemas de enfermagem propostos por Orem (2001). Os sistemas *totalmente* ou *parcialmente compensatórios*, para os grandes dependentes de acordo com as suas necessidades de autocuidado (totalmente compensatório para os que não participam e necessitam de ser substituídos e parcialmente compensatório para as PI que necessitam de ajuda de pessoas, sendo que a ajuda será variável em função das dificuldades individuais). O *sistema de apoio e educação* para as PI autónomas, que pela idade e doenças crónicas, apesar de ainda serem capazes de realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma, e de ser desejável que o façam, já não são capazes de o fazer sem a assistência obtida pelo ingresso no lar.

A taxa de utilização de produtos de apoio, quer sejam para tornar a PI mais autónoma no autocuidado ou para facilitar o trabalho aos cuidadores, é inferior a 50% para os domínios de autocuidado erguer-se, vestir-se e arranjar-se, sendo que para arranjar-se é zero. Estes resultados são semelhantes aos do estudo de Petronilho (2013), no entanto diferem na taxa de utilização de PA para os domínios de autocuidado alimentar-se, virar-se e cuidar da higiene pessoal, que no nosso estudo apresentam taxas de utilização superiores.

### ***Modelo explicativo do nível global de dependência no autocuidado para as pessoas idosas residentes em lares***

O aumento da idade, a alteração do estado cognitivo e a alteração do estado mental contribuem para o aumento do nível de dependência da pessoa idosa; o aumento da satisfação global diminui o nível de dependência da pessoa idosa, residente em lar. Maior nível de dependência no autocuidado representa para a pessoa idosa maior risco de compromisso dos processos corporais e necessidade de maior intensidade de cuidados.

A figura 8 sintetiza o modelo apresentado.



**Figura 8 – Modelo explicativo do nível global de dependência no autocuidado para as pessoas idosas residentes em lares.**

### *Síntese dos principais resultados*

Antes da conclusão final, apresentamos uma síntese dos principais resultados que respondem aos objetivos do estudo:

1. *Identificar os hábitos e estilos de vida das pessoas idosas, relativos à alimentação, higiene, eliminação, hábitos de exercício e lazer, sono e repouso, hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde e vigilância de saúde.*

Os hábitos/estilos de vida são na generalidade variáveis, influenciados pelas características e oferta de cada lar que por sua vez influenciam a saúde das PI. Relativamente aos hábitos alimentares, a maioria das PI, faz 4 refeições diárias, dieta geral, de consistência normal e ingere alimentos além dos fornecidos pelo lar. A maioria bebe água e quase metade bebe vinho pelo menos numa refeição (geralmente ao almoço). A maioria apresenta boas condições de higiene, no entanto

a frequência diminui no que toca ao arranjar-se (ir ao cabeleireiro, aplicar perfume, maquilhagem) e à higiene oral. Relativamente à eliminação a maioria é continente e vai ao sanitário. A prevalência de incontinência é elevada, não havendo plano para promoção do autocontrolo da continência urinária e a prevalência de cateteres urinários é baixa. A maioria das PI tem hábitos de exercício e de lazer, sendo os mais frequentes a caminhada e ver televisão, respetivamente. No que se refere ao sono/repouso, a maioria refere dormir bem, sente-se descansada depois de dormir, prepara-se para dormir e toma medicação para dormir. O consumo de substâncias (álcool em excesso e tabaco) é baixo. A vigilância de saúde é maioritariamente garantida pelo lar.

2. *Caraterizar a condição de saúde no que se refere a antecedentes clínicos, doenças crónicas, adesão às recomendações terapêuticas, regime medicamentoso e episódios de agravamento/agudização.*

A maioria das PI tem antecedentes clínicos relevantes e três doenças crónicas concomitantes, sendo as mais frequentes a HTA, dislipidemia e doença reumática. A maioria refere aderir às recomendações terapêuticas e toma habitualmente medicação: sete fármacos diferentes, quatro fármacos por toma e três tomas diárias. Os episódios de internamento e recurso ao SU são pouco frequentes, de acordo com os resultados obtidos que são apenas os referidos pelas PI com capacidade para responder uma vez que não encontramos na maioria dos lares registos atualizados.

3. *Identificar a prevalência de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, relacionados com o compromisso e/ou risco de compromisso dos processos corporais.*

Os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem mais frequentes são os relacionados com o compromisso do sistema neuromusculosquelético (diminuição da força muscular, da amplitude articular e do equilíbrio), seguidos de dor, deglutição comprometida, e obstipação. Os diagnósticos de risco mais frequentes são o risco de queda, risco de obstipação e risco de UP.

4. *Caraterizar a condição de saúde no domínio do processo psicológico relativamente ao estado de consciência, depressão, estado mental e estado cognitivo.*

A maioria das PI não tem alteração da consciência, nem do estado mental, nem depressão, mas apresenta estado cognitivo alterado.

5. *Caraterizar o bem-estar espiritual e as crenças religiosas.*

A maioria das PI refere bem-estar espiritual e a religião mais frequente é a católica.

6. *Caraterizar o nível de dependência em cada domínio do autocuidado, nomeadamente alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, arranjar-se, vestir-se e despir-se, erguer-se, transferir-se, virar-se, usar o sanitário, andar, andar em cadeira de rodas e gerir o regime terapêutico.*

Cerca de 10% das PI são independentes no autocuidado e 90% apresentam dependência em pelo menos um domínio de autocuidado. Virar-se e alimentar-se são os domínios de autocuidado em que as PI são mais independentes e cuidar da higiene pessoal, andar e usar o sanitário são os domínios em que são mais dependentes. Identificaram-se dois *clusters*, em função do nível de dependência no autocuidado: autónomos e grandes dependentes, com necessidades de cuidados distintas. Os autónomos necessitam de supervisão e educação/ensino e os grandes dependentes necessitam de ajuda variável de pessoas, necessitando alguns de ser substituídos.

7. *Identificar os recursos disponíveis e utilizados pelas pessoas idosas dependentes no autocuidado e pelos cuidadores.*

A taxa de utilização de produtos de apoio é inferior a 50% em três domínios de autocuidado: vestir/despir, erguer e arranjar. Relativamente ao autocuidado arranjar-se a taxa de utilização de produtos de apoio é zero.

8. *Identificar o estilo de autocuidado, a sua relação com o motivo de ingresso no lar e a condição de saúde.*

Identificamos 3 *clusters*: PI com perfil de autocuidado responsável, PI com perfil de autocuidado formalmente guiado e PI com perfil de autocuidado abandonado. As PI do *cluster* 1, com estilo ou perfil de autocuidado responsável, ingressaram no lar maioritariamente por decisão pessoal, são as mais independentes no autocuidado, as que apresentam menos compromissos dos processos corporais, menos doenças crónicas, estão menos deprimidas e apresentam melhor desempenho



cognitivo. As PI do *cluster 2*, com estilo ou perfil de autocuidado formalmente guiado, ingressaram no lar, por decisão pessoal e ocorrência de evento crítico, em percentagens semelhantes, são as mais dependentes no autocuidado, apresentam mais compromissos dos processos corporais e doenças crónicas do que as PI do *cluster 1* e são as que apresentam pior desempenho cognitivo. As PI do *cluster 3*, com estilo ou perfil de autocuidado abandonado, ingressaram no lar maioritariamente por ocorrência de evento crítico, são menos dependentes que as PI do *cluster 2* mas mais dependentes do que as PI do *cluster 1*, apresentam compromissos dos processos corporais semelhantes aos das PI do *cluster 2* e são as que apresentam mais doenças crónicas, o desempenho cognitivo é superior ao das PI do *cluster 2* e inferior ao das PI do *cluster 1*.

9. *Conhecer o grau de satisfação das pessoas idosas em relação à alimentação, exercício, atividades de lazer, local e hábitos de eliminação, higiene, sono e repouso, aspeto físico geral e acompanhamento/vigilância de saúde, bem como o grau de preocupação com a saúde.*

A maioria das PI, está satisfeita ou muito satisfeita, com as dimensões que se referem à oferta do lar (alimentação, higiene, sono/repouso, etc.). A satisfação com a vida é a dimensão em que a satisfação é menor. Quanto à preocupação com a saúde, as opiniões divergem, no entanto a maior percentagem de PI está *preocupada* com a saúde.

10. *Caraterizar a intensidade de cuidados, o incentivo à autonomia e a participação nas decisões.*

O incentivo à autonomia é reduzido, a grande maioria das PI que necessita de incentivo, não o recebe. A participação nas decisões sobre o autocuidado é maioritariamente pelas PI autónomas. No caso das PI dependentes no autocuidado quem decide são maioritariamente os responsáveis/funcionárias do lar. As PI mais dependentes no autocuidado recebem maior intensidade de cuidados.

11. *Caraterizar os lares, no que se refere às instalações, acessibilidade, recursos humanos, oferta e normas de funcionamento.*

Os lares apresentam características e oferta, distintas que influenciam os hábitos de vida dos residentes. No que respeita às instalações há algumas dificuldades

relacionadas com a acessibilidade exterior e interior, mais evidente em alguns edifícios, mas há a preocupação de resolver pontualmente as dificuldades. Os recursos humanos são, em nosso entender a maior fragilidade dos lares, no que se refere à saúde dos residentes, nomeadamente a carga de trabalho, a escassez de enfermeiros bem como a ausência de formação e supervisão das funcionárias de apoio direto.

12. *Identificar relações entre a saúde, os hábitos de vida, a oferta/condições dos lares, o nível de dependência no autocuidado, o grau de satisfação e as variáveis sociodemográficas.*

O aumento da idade, a alteração do estado cognitivo e a alteração do estado mental contribuem para o aumento do nível de dependência no autocuidado das pessoas idosas residentes em lares e o aumento da satisfação global contribui para a independência. As PI com maior dependência no autocuidado apresentam maior risco de compromisso dos processos corporais e necessitam de maior intensidade de cuidados.

## **5 - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

As PI têm direito a cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem adequados às suas necessidades específicas seja qual for o contexto onde se encontrem. As estruturas residenciais para pessoas idosas, ou lares, devem ser contextos privilegiados de prestação de cuidados a esta população.

Ficou claro que as pessoas idosas residentes em lares apresentam muitas necessidades em cuidados de enfermagem, entre as quais iremos destacar as áreas que em nosso entender necessitam de intervenção mais urgente: a higiene oral e a saúde dos dentes; a promoção da continência urinária; a supervisão e vigilância das refeições das PI com deglutição comprometida; o sistema de preparação, administração e vigilância da medicação; a promoção da autonomia no autocuidado; os cuidados às PI com alteração do estado mental e cognitivo, os cuidados aos acamados e a melhoria/adequação da oferta relativa aos hábitos de exercício e lazer, numa perspetiva de envelhecimento ativo e promoção da saúde.

O autocuidado é um conceito central da enfermagem e uma dimensão fundamental dos cuidados, que nos lares de idosos não é assumido pelos enfermeiros. Estes não executam nem delegam, uma vez que não avaliam, não planeiam, nem supervisionam os cuidados, prestados habitualmente de forma autónoma, pelas funcionárias de apoio direto, em todos os domínios do autocuidado. É necessário que estes grupos profissionais (como é habitual noutros contextos de cuidados) trabalhem em articulação e que os enfermeiros garantam a formação contínua das funcionárias de apoio direto, de modo a poderem delegar tarefas que não deixam de ser da sua responsabilidade.

Decorre ainda do nosso estudo a identificação da necessidade de uma avaliação inicial completa que inclua todas as dimensões da saúde da PI, bem como a avaliação periódica de enfermagem com recurso a instrumentos (escalas de avaliação) adequados à população e que permitam especificar o diagnóstico, bem como a clara definição das responsabilidades do lar e dos serviços de saúde na vigilância de saúde das PI, de modo a que ela seja efetiva.

Além dos resultados apresentados, há outras problemáticas relacionadas com os cuidados às PI nos lares, que têm sido estudadas a nível internacional e que identificamos, mas não foram alvo de estudo. Referimo-nos principalmente: à gestão da medicação e ao risco de erros e eventos adversos relacionados com os fármacos; às questões relacionadas com o controlo de infeção, nomeadamente a individualização dos cuidados, a desinfeção e acondicionamento do material de uso individual, a troca de luvas e a lavagem das mãos; e à qualidade dos lares, nomeadamente a necessidade de sistemas de garantia e melhoria contínua da qualidade, a produção de indicadores, as dotações seguras de pessoal e a criação de sistemas de fiscalização e controlo, que incluam a satisfação dos clientes.

As principais limitações do estudo que identificamos são a não avaliação da saúde sexual, a não identificação das PI que tomam medicação laxante com e sem prescrição médica e a identificação dos restantes fármacos prescritos para cada pessoas idosa de modo a permitir uma avaliação mais concreta da complexidade do regime medicamentoso e a sua adequação aos domínios da saúde avaliados bem como da dimensão do problema da polimedicação nesta população e a complexidade do mesmo.

Expor as necessidades em cuidados de enfermagem das PI residentes em lares poderá contribuir para a definição do perfil profissional dos enfermeiros que exercem a profissão nos lares, nomeadamente ao nível da formação contínua e da formação pós-graduada. Esperamos que o conhecimento produzido ajude os enfermeiros a identificar e assumir de forma inequívoca o seu papel nos lares de idosos.

Ao nível do ensino, a formação dos enfermeiros poderá ser mais efetiva e ajustada às necessidades identificadas.

Relativamente à investigação em enfermagem, este estudo permitiu fazer o diagnóstico de situação e identificar áreas onde é necessário maior conhecimento, nomeadamente ao nível da eficácia das intervenções para melhorar a higiene oral, melhorar a gestão da dor, promover o autocontrolo da continência urinária, promover a autonomia no autocuidado e manter a funcionalidade da PI o máximo de tempo possível, quando por opção ou outros motivos, esta se encontre a viver num lar.

Os decisores políticos, os responsáveis das instituições e as famílias dispõem agora de conhecimento empírico para dar suporte às decisões relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem nos lares de idosos e com o financiamento dos mesmos. É particularmente importante refletir sobre os recursos humanos, nomeadamente a garantia de dotações seguras de enfermeiros e auxiliares de apoio direto com formação e supervisão

adequadas. A legislação prevê relativamente aos recursos humanos, rácios que em relação às necessidades identificadas são insuficientes e que nem sempre são cumpridos.

A população de pessoas idosas residentes em lares é maioritariamente muito idosa, do sexo feminino, dependente em pelo menos um domínio do autocuidado, com múltiplas doenças crónicas, um regime medicamentoso complexo, antecedentes clínicos relevantes, compromisso de vários processos corporais e risco de compromisso, que resultam em necessidades de cuidados de enfermagem elevadas, característica das fases extremas do ciclo vital, e que de acordo com o mandato social da profissão, cabe aos enfermeiros assegurar.

## BIBLIOGRAFIA

- Afonso, C., Morais, C., & Almeida, M. D. V. (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 41-69). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Aleixo, T., Escoval, A., Fonte, R., & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência, 3ª Série (3)*, 141-149.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, 25 (6)*, 350-358.
- Amaro, A. R. P. (2012). *Mobilidade funcional, risco de queda, nível de actividade física e percepção de saúde em indivíduos com 65 ou mais anos*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento ), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo* (1ª ed.). Viseu: Piscossoma.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing, 30 (3)*, 564-572.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2011). Portugal - Health System Review. *European Observatory on Health Systems and Policies, 13 (4)*.
- Bennion, A., & Forshaw, M. J. (2012). Insights from the experiences of older people with hearing impairment in the United Kingdom: recommendations for nurse-led rehabilitation. *International Journal of Older People Nursing, 1-9*.
- Boorsma, M., Langedijk, E., Frijters, D. H., Nijpels, G., Elfring, T., & Hout, H. P. (2013). Implementation of geriatric assessment and decision support in residential care

- homes: facilitating and impeding factors during initial and maintenance phase. *BMC Health Services Research*, 13 (8), 1-9.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 607-618.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed., pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.), Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Brownie, S., & Horstmanhof, L. (2011). The Management of Loneliness in Aged Care Residents: An Important Therapeutic Target for Gerontological Nursing. *Geriatric Nursing*, 32 (5), 318-325.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *O Envelhecimento Activo em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caeiro, M., & Silva, M. G. (2008). Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *ESSFISIONLINE*, 4 (1), 15-34.
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in Older Adults - A nurse's guide to recognition and treatment. *AJN*, 112 (11), 22-30.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade (Relatório

- Final). Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 71-91). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- Casimiro, F. S. (2003). Os Conceitos de Família e Núcleos Familiares nos Recenseamentos da População em Portugal *Revista de Estudos Demográficos* (Vol. 33, pp. 5-21). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Chang, S. H., & Yu, C. L. (2013). Perspective of family caregivers on self-care independence among older people living in long-term care facilities: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 657-663.
- Chen, K. M., Hsin-Ting Huang, B., Cheng, Y. Y., Li, C. H., & Chang, Y. H. (2015). Sleep quality and depression of nursing home older adults in wheelchairs after exercises. *Nursing Outlook*, 63, 357-365.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos* (O. d. Enfermeiros Ed. 1ª ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem. (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas* (1ª ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M. E., Dempsey, L., & Murphy, K. (2013). Exploration of the meaning of connectedness for older people in longterm care in context of their quality of life: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*, 1-8.
- Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed., pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, A. C. J. S. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho de Lisboa*. (Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.



- Costa, M. A. M. (2006). *Cuidar Idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros* (2ª ed.). Coimbra: Co-Edição Formasau e EDUCA.
- Costa, S. (2009). *Polimedicação na população idosa portuguesa*. Lisboa: CEFAR.
- Cruz, A. G., & Lopes, J. M. S. (1999). A Incontinência Urinária do Idoso. In Formasau (Ed.), *O Idoso - Problemas e Realidades* (1ª ed., pp. 149-179). Coimbra: Formasau.
- Davidsson, M., Vibe, O. E., Ruths, S., & Blix, H. S. (2011). A multidisciplinary approach to improve drug therapy in nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 9-13.
- Dellefield, M. E., Harrington, C., & Kelly, A. (2012). Observing How RNS Use Clinical Time in a Nursing Home: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*, 1-8.
- Denbemt, P., Idzinga, J. C., Robertz, H., Kormelink, D. G., & Pels, N. (2009). Medication Administration Errors in Nursing Homes Using an Automated Medication Dispensing System. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16 (4), 486-492.
- Direcção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Vol. II - Orientações Estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dilles, T., Elseviers, M. M., Rompaey, B. V., Bortel, L. M. V., & Stichele, R. R. V. (2011). Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 43:2, 171-180.
- Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2013). Mortality in nursing home residents without cognitive impairment and its relation to self-reported health-related quality of life, sociodemographic factors, illness variables and cancer diagnosis: a 5-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 22 317-325.
- Dudman, J., & Meyer, J. (2012). Understanding residential home issues to meet health-care needs. *British Journal of Community Nursing*, 17 (9), 434-438.
- Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Veríssimo, M. T. (2011). *Avaliação Geriátrica* (1ª ed.). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - Núcleo de Estudos em Geriatria (GERMI).
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem), Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem Gerontológica* (R. M. Garcez, Trans. 7ª ed.). São Paulo: Artmed® Editora S.A.
- Erber, J. T. (2013). *Aging & Older Adulthood* (3ª ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Escoval, A., Lopes, M., Mendes, F., Martins, S. O., & Ferreira, P. L. (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Eurostat. (2014). Eurostat regional yearbook 2014 - Population. Luxembourg: European Commission.
- Fathalla, M. F. (2004). *A Practical Guide for Health Researchers* (1ª ed.). Cairo: World Health Organization.
- Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 95-106). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- Fonseca, C. J. V. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. (Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (N. Salgueiro, Trans. 1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fosnes, G. S., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2012). Drugs and Constipation in Elderly in Nursing Homes: What Is the Relation? *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 1-7.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento / Ministério da Solidariedade, do Emprego e Segurança Social. (2012). CARTA SOCIAL – Rede de Serviços e Equipamentos 2012 (1ª ed.). Lisboa: Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento / Ministério da Solidariedade, do Emprego e Segurança Social. (2014). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2013 (1ª ed.). Lisboa: Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança.

- Gadsby, R., Barker, P., & Sindair, A. (2011). Short Report: Care Delivery People living with diabetes resident in nursing homes - assessing levels of disability and nursing needs. *DIABETICMedicine*, 28, 778-780.
- Galesi, L. F., Leandro-Merhi, V. A., & Oliveira, M. R. M. (2012). Association between indicators of dementia and nutritional status in institutionalised older people. *International Journal of Older People Nursing*, 1-8.
- Gambôa, A., Leitão, A., Silva, A. M. S., Cêdima, C., Nunes, E., Imperatori, E., . . . Oswald, W. (2006). *Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas.
- Gavinha, S. M. C. (2010). *Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Biotecnologia e Saúde), Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos da prática profissional* (4<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Godfrey, H., Cloete, J., Dymond, E., & Long, A. (2012). An exploration of the hydration care of older people: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 1-12.
- Gonçalves, C. (2003). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos*.
- Grabowski, D. C., & Town, R. J. (2011). Does Information Matter? Competition, Quality, and the Impact of Nursing Home Report Cards. *Health Services Research*, 46 (6), 1698-1719.
- Grover, A. (2011). Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Human Rights Council ed.): United Nations.
- Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos - Identidade em Risco ou Identidade Riscada?* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Coisas de Ler Edições - Lda.
- Heath, H. (2009). The nurse's role in helping older people to use the toilet. *Nursing Standard*, 24 (2), 43-47.

- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Eficácia das intervenções de enfermagem*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., & Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, 11 (86), 1-11.
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., & Nyberg, P. (2012). Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 177-187.
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 456-466.
- Hurlow, J., & Bliss, D. Z. (2011). Dry Skin in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 32 (4), 257-262.
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R. (2011). The Influence of Nurse Staffing Levels on Quality of Care in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 51 (5), 610-616.
- Iglesias, M. E. L., Vallejo, R. B. d. B., & Peña, D. P. (2012). Impact of Soft and Hard Insole Density on Postural Stability in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 33 (4), 264-271.
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). Estatísticas Demográficas 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 - Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde – Dr Ricardo Jorge. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (1ª ed.). Lisboa: INE /INSA.
- Instituto para o Desenvolvimento Social. (2002). Plano de Desenvolvimento Social. Lisboa: IDS.

- International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1 - Tradução Oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2 - Tradução Oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Krüger, K., Jansen, K., Grimsmo, A., Eide, G. E., & Geitung, J. T. (2011). Hospital Admissions from Nursing Homes: Rates and Reasons. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-6.
- Lancker, A. V., Verhaeghe, S., Hecke, A. V., Vanderwee, K., Goossens, J., & Beeckman, D. (2012). The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 1-14.
- Larsson, K., & Thorslund, M. (2006). Old people's health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (Suppl 67), 185-198.
- Levenson, S. A. (2001). A assistência institucional de longo prazo. In J. J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. V. Rabins, R. A. Silliman & J. B. Murphy (Eds.), *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª ed., pp. 527-538). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Liu, L. F., & Wen, M. J. (2010). A longitudinal evaluation of residents' health outcomes in nursing homes and residential care homes in Taiwan. *Quality of Life Research*, 19, 1007-1018.
- Magalhães, R. (2012). *Velhice Institucionalizada - Vivência plena do ser idoso nas sociedades contemporâneas?* (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Empreendedorismo e Serviço Social), Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Martín, I., & Brandão, D. (2012). Políticas para a terceira idade. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 273-287). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

- Martins, R. M. (2003). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação e Tecnologia*, 126-140.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (A. M. Thorell, Trans. 2ª ed.). Porto Alegre: Artmed® Editora S.A.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. (2000). Norma ISO 9001:2000 para Lares de Idosos. Lisboa: Instituto Português da Qualidade.
- Moore, K. L., Boscardin, W. J., Steinman, M. A., & Schwartz, J. B. (2012). Age and Sex Variation in Prevalence of Chronic Medical Conditions in Older Residents of U.S. Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (4), 756-764.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 848-857.
- Nitz, J. C., & Josephson, D. L. (2011). Enhancing Functional Balance and Mobility Among Older People Living in Long -Term Care Facilities. 32 (2), 106-113.
- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª ed.). Porto: LivPsic.
- Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., . . . Bernabei, R. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12 (5), 1-10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Relatório das visitas efetuadas aos lares e residências para idosos na Região Autónoma dos Açores. Açores: Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional da Região Autónoma dos Açores
- Orem, D., Taylor, S., & Reinpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis, Missouri - USA: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Paixão, E., Branco, M. J., & Contreiras, T. (2006). Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono em Portugal Continental. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde (ONSA) - Ministério da Saúde
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed., pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 1-40). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Peron, E. P., Marcum, Z. A., Boyce, R., Hanlon, J. T., & Handler, S. M. (2012). *Year in Review: Medication Mishaps in the Elderly*. National Institute of Health.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (M. Robalo Ed. 3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado, conceito central de enfermagem: da conceptualização ao dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., & Machado, M. M. P. (2011). Caracterização da condição de saúde do adulto e do idoso. Universidade do Minho: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, N. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*, 88, 41-47.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta Hospitalar do Doente dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos*. (Dissertação apresentada para a obtenção de Grau de Doutor em Enfermagem), Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Pierre, J. S., & Twibell, R. (2012). Developing Nurses Geriatric Expertise Through the Geriatric Resource Nurse Model. *Geriatric Nursing*, 33 (2), 140-149.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editores.
- Pinto, D. S. (2012). *Respostas Sociais para Idosos em Portugal*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde), Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- PORDATA. (2013). Retrato de Portugal- Indicadores 2011 (1ª ed.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL. (14 de Outubro de 2008). Despacho nº 25606/2008, 2ª Série, (199) - *determina a prossecução dos processos relativos aos projectos de promoção local e a agilização dos projectos de promoção central desenvolvidos no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos*. Lisboa: Diário da República.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. (6 de junho de 2006). Decreto-Lei nº 101/2006, 1ª Série. (109) - *define a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (pp. 3856-3865). Lisboa: Diário da República.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL. (16 de fevereiro de 2011). Despacho Normativo nº 3/2011, 2ª Série. - *procede à fixação da percentagem de quartos individuais dos lares para idosos e das estruturas residenciais para pessoas idosas* (pp. 8249-8249). Lisboa: Diário da República.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL. (21 de Março de 2012). Portaria n.º 67/2012, 1ª série, (58) - *define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas*. (pp. 1324-1329). Lisboa: Diário da República.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. (25 de Fevereiro de 1998). Despacho Normativo nº 12/98, 1ª Série B, (47) - *estabelece as condições a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos lares para idosos*. (pp. 766-774). Portugal: Diário da República.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. (31 de março de 2006). Despacho Normativo nº 30/2006, 1ª Série B. - *estabelece regras*



- específicas para estabelecimentos, designados por estruturas residenciais para idosos* (pp. 3259). Lisboa: Diário da República.
- Rantz, M. J., Phillips, L., Aud, M., Popejoy, L., Marek, K. D., Hicks, L. L., . . . Miller, S. J. (2011). Evaluation of aging in place model with home care services and registered nurse care coordination in senior housing. *Nursing Outlook*, 59, 37-46.
- Rego, A. (2010). A Pessoa, a Ética e os Cuidados de Saúde. In U. Católica (Ed.), *Reformas no Sector da Saúde - A equidade em cuidados intensivos* (1ª ed., pp. 21-49). Lisboa: Universidade Católica
- Rego, A. C. C. (2008). O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*, 1 (2), 199-204.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 27-36.
- Rocha, M. J. R. (2012). *Famílias Clássicas do Concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Rodrigues., S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica - Ramo de especialização Psicoterapia e Psicologia Clínica), Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, K. (2010). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (2), 228-250.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (1ª ed.). Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Sequeira., E. M. F. (2011). *Os Perfis de Autocuidado dos Clientes Dependentes: Estudo Exploratório numa Unidade de Saúde Familiar*. (Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada), Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Silva, M. T. V. (2013). *Satisfação com o Suporte Social e Perceção de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Medicina), Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Silva, M. V., & Figueiredo, M. L. F. (2012). Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem em Foco*, 3 (1), 22-24.
- Soares, M. A. S. (2009). *Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências Farmacêuticas), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família* (1ª ed.). Porto: Ambar.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas* (1ª ed.). Cascais: Príncípia Editora.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Szczepura, A., Wild, D., & Nelson, S. (2011). Medication administration errors for older people in long-term residential care. *BMC Geriatrics*, 11, 1-10.
- Taylor, J., Sims, J., & Haines, T. P. (2012). The influence of protection, palliation and costs on mobility optimization of residents in nursing homes: A thematic analysis of discourse. *International Journal of Nursing Studies*, 1-11.
- Temkin-Greener, H., Cai, S., Zheng, N. T., Zhao, H., & Mukamel, D. B. (2012). Nursing Home Work Environment and the Risk of Pressure Ulcers and Incontinence. *Health Services Research*, 47 (3) Part I, 1179-1200.
- Tsai, Y.-F., Wong, T. K., & Ku, Y. C. (2008). Self-care management of sleep disturbances and risk factors for poor sleep among older residents of Taiwanese nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1219-1226.
- Tse, M. M. Y., & Ho, S. S. K. (2011). Pain Management for Older Persons Living in Nursing Homes: A Pilot Study. *Pain Management Nursing*, 1-12.
- Valenza, M. C., Cabrera-Martos, I., Martín-Martín, L., Pérez-Garzón, V. M., Velarde, C., & Valenza-Demet, G. (2013). Nursing homes: Impact of sleep disturbances on functionality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 432-436.

- Vidmar, M. F., Sachetti, A., Silveira, M. M., Schneider, R. H., & Wibeling, L. M. (2011). Quedas em mulheres idosas com dor articular. *RBCEH, Passo Fundo*, 8 (3), 333-342.
- Wagner, L. M., Scott, V., & Silve, M. (2011). Current Approaches to Fall Risk Assessment in Nursing Homes. *Geriatric Nursing*, 32 (4), 238-244.
- Wang, T.-F., Chen, J., & Li, C. (2012). Associations Between Chewing and Swallowing Problems and Physical and Psychosocial Health Status of Long-Term Care Residents in Taiwan: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*, 33 (3), 184-193.
- Weening-Dijksterhuis, E., Kamsma, Y. P. T., & Heuvelen, M. J. G. (2011). Psychometric Properties of the PAT: An Assessment Tool for ADL Performance of Older People Living in Residential Homes. *Gerontology*, 57, 405-413.
- Weening-Verbree, L., Waal, G. H., Dusseldorp, L., Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 569-582.
- Worden, A., Challis, D. J., & Pedersen, I. (2006). The assessment of older people's needs in care homes. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 549-557.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Paper presented at the Geneva International Network on Ageing (GINA), Geneva.
- Yang, Y. (2005). Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of aging and health*, 17 (3), 263-292.
- Zhao, M., & Haley, D. R. (2011). Nursing Home Quality, Staffing, and Malpractice Paid-Losses. *Journal of Health Care Finance*, 38 (1), 1-10.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## **ANEXOS**

**Anexo I – Síntese das principais evidências encontradas nos  
estudos incluídos na revisão da literatura**

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

Autor, ano publicação, fonte, país	População/amostra	Intervenção	Metodologia	Resultados Major
1. Worden, Challis, & Pedersen (2006). The assessment of older people's needs in care homes. Aging & Mental Health, 10 (5): 549– 557; UK	126 lares na Inglaterra	Analisar os formulários utilizados para avaliação e registo dos cuidados às PI nos lares	Os questionários foram enviados para os lares por correio, juntamente com um pedido para serem enviadas cópias dos formulários utilizados. Os formulários foram codificados e analisados utilizando um formulário previamente desenvolvido (Stewart et al., 1999) Pela presença ou ausência de 4 atributos: cobertura, estrutura, detalhe e presença de escalas standardizadas para 49 domínios de avaliação	182 Questionários (71%) foram devolvidos e 126 lares também enviaram os seus formulários (49%). Os 49 domínios foram agrupados em 3 áreas principais: domínios relacionados com a saúde; pessoais e psicossociais; funcionalidade /dependência. Nos domínios relacionados com a saúde a cobertura foi inferior a 50% para a saúde oral, cuidados com os pés, padrões de comportamento e saúde mental incluindo a depressão, tratamentos ou procedimentos especiais, doenças diagnosticadas, história de monitorização da tensão arterial e condições crónicas de saúde. No domínio pessoal/psicossocial só 2 dos 8 domínios foram encontrados em mais de 50% dos documentos: padrões de atividade desejados e contatos sociais, relações e envolvimento. A funcionalidade/dependência é a categoria com maior cobertura, para a comunicação e atividades de vida diária. O uso de escalas é escasso exceto para as escalas de avaliação do risco de UP. Alguns domínios fundamentais são pouco mencionados nos formulários de avaliação nomeadamente a saúde mental, a dor, a saúde oral e os cuidados com os pés. O domínio mais frequentemente avaliado são as atividades de vida diárias. Há diferenças claras nos formulários de avaliação

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

				utilizados nos diferentes tipos de lares e a ausência de avaliação de alguns domínios essenciais sugere que o bem-estar e qualidade de vida de algumas PI pode estar a ser deficientemente avaliado, sendo necessário trabalhar no sentido de construir um padrão de avaliação para os lares de idosos, mais semelhante ao que é utilizado para avaliação dos idosos na comunidade.
2. Wu, White, Cash & Foster (2009) Journal of Clinical Nursing, 18, 1986–1993; Taiwan	40 PI e 20 dos seus familiares residentes em 3 lares de idosos em Taiwan	Construir uma teoria substantiva para compreensão do fenómeno ingressar e receber cuidados num lar em Taiwan	Foi utilizada a teoria fundamentada com entrevistas formais, informais e observação dos participantes durante mais de 2 meses em cada lar.	O Ingresso dos idosos nos lares em Taiwan, é entendido como um processo de decisão forçada, que envolve três fases: quando os cuidados ao idoso se tornam um problema, tomar a decisão forçada e lidar com a decisão. Esta explicação conceptual ajuda a compreender como os Taiwaneses respondem ao problema dos cuidados aos idosos e como resolvem as suas maiores preocupações relacionadas com a temática.
3. Dilles, Elseviers, Rompaey, Bortel, & Stichele (2011) Journal of Nursing Scholarship, 43:2, 171–180; Belgica	246 Enfermeiras e 270 auxiliares de enfermagem	Identificar e comparar a relevância identificada pelas enfermeiras e auxiliares, das barreiras a uma gestão segura da medicação nos lares de idosos na Bélgica	Triangulação de métodos. Primeiro um grupo de peritos constituído por 12 enfermeiras identificou as barreiras a uma gestão segura da medicação, depois 246 enfermeiras e 270 auxiliares de enfermagem de 20 lares envolvidas em alguma das etapas da gestão da medicação identificaram as barreiras em cada uma delas e a sua relevância numa escala de zero a 10. As barreiras com score	As enfermeiras enfrentam um elevado nº de barreiras a uma gestão segura da medicação, relacionadas com a enfermeira, com a organização com a cooperação interdisciplinar, e com a família do residente. Na preparação da medicação, administração e monitorização, ser interrompido, não saber o suficiente sobre as interações e as barreiras na cooperação interdisciplinar, causam maiores dificuldades. As barreiras na monitorização da medicação foram as mais pontuadas. As enfermeiras e as auxiliares de enfermagem consideraram de maneira diferente a relevância das barreiras. A atribuição de scores à

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

			superior a 7 foram consideradas relevantes.	relevância das barreiras, permite estabelecer prioridades.
4. Wang, Chen & Li (2012). Geriatric nursing 33:184-193; Taiwan	781 Residentes em unidades de longa permanência	Determinar os fatores associados às dificuldades em mastigar e engolir, dos residentes de unidades de longa permanência em Taiwan.	Enfermeiros treinados para avaliar a saúde oral avaliaram os residentes utilizando as secções relevantes do resumo mínimo de dados para os lares (versão chinesa), incluindo a escala de desempenho cognitivo, o índice de envolvimento social e a escala de atividades de vida.	As PI com problemas de mastigação e deglutição tendem a ser as mulheres de lares mais pequenos, com menos dentes naturais, e problemas inflamatórios das gengivas, mais frequentes, do que as PI sem dificuldades em mastigar e engolir. Os problemas de mastigação e deglutição estão significativamente associados a alimentação entérica e parentérica, estado de saúde oral, estado nutricional, doenças concomitantes e infeções, desempenho cognitivo e envolvimento social.
5. Wagner, Scott & Silver (2011). Geriatric nursing 32:238-244; Canada	137 Lares de idosos e 54 escalas de avaliação do risco de queda	Analisar os tipos de escalas de risco de queda utilizados nos lares de idosos e que domínios incluem.	Estudo transversal em que foram avaliadas as características dos lares e os instrumentos que utilizam para avaliar o risco de queda.	Não há muita consistência entre os lares no tipo de instrumentos utilizados e a maioria das escalas não eram baseadas na evidência.
6. Nitz & Josephson (2011). Geriatric nursing 32:106-113; UK	47 Residentes em unidades de longa duração	Analisar como um programa de treino de equilíbrio desenvolvido para PI vivendo na comunidade, atua na melhoria da mobilidade funcional e no nº de quedas quando	O programa foi realizado duas vezes por semana durante duas semanas. Os resultados avaliados antes e depois do programa foram o arranque cronometrado, o alcance funcional, e o sentar-se e levantar-se 5 vezes, cronometrado, bem como o nº de quedas, 12 semanas antes da intervenção nas 12 semanas seguintes.	Houve uma melhoria significativa em todas as medidas de equilíbrio e mobilidade, mas só foi clinicamente relevante no exercício de sentar-se e levantar-se 5 vezes. Não houve diminuição no número de quedas, embora este resultado possa estar inflacionado uma vez que as quedas foram todas em situação de doença aguda. Estes resultados sugerem que a participação dos residentes no programa de treino melhoram a sua capacidade funcional e o seu equilíbrio.



## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

		adaptado a PI residentes em lares		
7. Verbree, Waal, Dusseldorp Achterberg & Schoonhoven, (2013) International Journal of Nursing Studies 50 569–582;	20 Estudos pesquisados nas bases de dados da Cochrane, Pubmed e Cinhal a partir de setembro de 2011.	Rever as estratégias de implementação usadas para promover ou melhorar os cuidados de saúde e higiene oral nos lares de idosos, numa perspectiva de mudança de comportamento e de delinear uma estratégia ao nível dos determinantes e da sua efetividade.	Revisão sistemática da literatura. Os artigos foram avaliados quanto à sua qualidade por 3 investigadores. As características dos estudos foram extraídas usando uma checklist de recolha de dados e um formulário de abstração.	As estratégias de implementação foram realizadas por dentistas e higienistas orais. Os cuidados de higiene oral foram realizados por enfermeiras e auxiliares de enfermagem em todos os estudos. Todos os estudos abordaram o conhecimento, sendo operacionalizado por uma sessão de educação para a saúde. O conhecimento foi frequentemente combinado com intervenções sobre a autoeficácia. As estratégias de implementação tiveram como objetivo melhorar o conhecimento, fornecendo informação geral, autoeficácia ou modelação e facilitação do comportamento, fornecendo o material necessário para a higiene oral foram as medidas identificadas como mais eficazes na melhoria da higiene oral.
8. Chang & Len Yu (2013). International Journal of Nursing Studies 50 657–663; Taiwan	44 Familiares cuidadores	Investigar como é que os familiares cuidadores de PI que vivem em unidades de longa permanência, percebem a promoção da independência	Abordagem qualitativa e descritiva. Os dados foram colhidos por entrevista	Foram identificados 3 fatores interrelacionados entre si que promovem a independência no autocuidado: atitudes comportamentos e preocupações dos familiares; características e atitudes do residente; atitudes e comportamentos do pessoal. Os três intervenientes devem trabalhar em conjunto, nomeadamente no estabelecimento de objetivos, construir relações de confiança entre os familiares e o pessoal e informar regularmente a família sobre a condição de saúde da PI.

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

		no autocuidado		
9. Cowman, Royston, Hickey, Horgan, McGee & O'Neill (2010); BMC Geriatrics 10:4; Irlanda	60 Lares de idosos com 3.239 residentes.	Conhecer o nº de residentes com AVC, a sua incapacidade e nível de dependência no autocuidado	Estudo transversal. De um total de 527 lares públicos e privados identificados a nível nacional foi extraída uma amostra estratificada randomizada de 60 lares com 3,239 residentes. Em metade dos lares foram efetuados esforços para entrevistar todos os residentes que sofreram AVC e os responsáveis dos lares usando instrumentos para colher os dados sociodemográficos, a incapacidade dos clientes e o tratamento que realizam.	Nos 60 lares, 18% dos residentes (n=570), tem antecedentes de AVC. Nos 30 lares onde se tentaram entrevistar os residentes com antecedentes de AVC, só 7% (n=18), tinham capacidade para responder e foram entrevistados. Os dados sobre os restantes 93%, foram colhidos com os responsáveis dos lares, segundo os quais 73% dos residentes com antecedentes de AVC têm um elevado nível de dependência. Um em cada dois tomam medicação antidepressiva ou sedativos, 21% tomam anticoagulantes; 42% tomam antiagregantes plaquetários e 36% medicação para reduzir o colesterol. Não havia guidelines para reabilitação após AVC e 68% referiram não estar a decorrer nenhum processo de revisão das mesmas. Um em cada seis residentes de lares de idosos num estudo nacional tem antecedentes de AVC com elevado grau de incapacidade. Há poucos ou nenhuns cuidados estruturados (além dos cuidados genéricos) para sobreviventes de AVC nos lares de idosos na Irlanda.
10. Fosnes, Lydersen & Farup (2012). Gastroenterology Research and Practice 1-7; Noroega	267 Residentes de 13 Lares de Idosos	.Estudar as associações entre a medicação e a obstipação em residentes de lares de idosos.	Estudo transversal, com residentes em lares com mais de 60 anos. Foram colhidos dados sociodemográficos, dieta, atividade física, AVD's, estado nutricional, uso de fármacos e doenças. A obstipação foi	Os participantes, 79 homens e 188 mulheres com uma idade média de 85,4 apresentaram uma prevalência de obstipação de 71,5%. O uso de fármacos em geral incluindo a polimedicação não está associado com a obstipação. A diminuição das atividades de vida diária, o uso de antidepressivos e derivados das benzodiazepinas estiveram

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

			definida como obstipação funcional ou predominante (Rome III) e /ou uso regular de laxantes. Os fármacos foram classificados de acordo com o Sistema de classificação anatômico-terapêutico e químico (ATC) e com notificação do efeito anticolinérgico.	significativamente associados com a obstipação. Os fármacos com efeito anticolinérgico, os opiáceos, e derivados do ácido propiónico mostram tendência para provocar obstipação. Nos idosos com obstipação, o foco deve ser em grupos de fármacos específicos e em fatores não farmacológicos e não nos fármacos em geral.
11. VAN DEN BEMT, IDZINGA, ROBERTZ, KORMELINK & PELS (2009). J Am Med Inform Assoc. 16:486–492; Holanda	3 Lares com 180 residentes	Identificar a frequência dos erros na administração da medicação e o potencial de risco nos lares com sistema de distribuição	Estudo prospectivo observacional. Os erros foram medidos usando uma grelha de observação e os tipos de erros observados foram descritos. A correlação entre os fatores de risco e ocorrência de erros foi estudada para identificar as potenciais causas.	Foram observadas 2 025 administrações de medicação a 127 clientes, tendo sido observados 428 erros (21,2%). Os tipos de erros mais frequentes foram o uso de técnicas de administração erradas (especialmente a trituração dos fármacos e a toma sem supervisão), e erros relacionados com o horário de administração (com administração dos fármacos pelo menos uma hora antes ou depois do horário certo). Os fatores de risco: sexo feminino, fármacos da classe dos antibióticos, medicação triturada, nº de doses diárias por cliente, lar 2, medicação não fornecida pelo robot; horário das 7h da manhã, e dia da semana, 4ª feira, foram associados a maior risco de erro com a medicação. A administração da medicação nos lares é propensa a muitos erros. Este estudo indica que o manuseamento da medicação depois da dispensa pelo robot pode contribuir para a elevada frequência de erros, que podem ser reduzidos pelo treino das auxiliares de enfermagem pelos sistemas automáticos de suporte à tomada de decisão e pela introdução de medidas que reduzam a sobrecarga de trabalho.

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

12. Krüger, Jansen, Grimsø, Eide, & Geitung (2011). Nursing Research and Practice 1-6; Noruega	1311 Admissões hospitalares de Pessoas provenientes de 32 lares de Idosos, no período de 12 meses.	Investigar os motivos de internamento dos residentes em lares de idosos	Durante 1 ano todas as admissões hospitalares de pessoas provenientes de 32 lares de Bergen foram analisadas através do registo das ambulâncias da Noruega. O diagnóstico principal, a duração do internamento e a enfermagem, foram extraídos dos registos hospitalares.	As admissões de Pessoas provenientes dos lares representaram 6,1% do total de admissões hospitalares para a área médica e 3,8%, para a área cirúrgica. Infecções, fraturas, diagnósticos relacionados com os sistemas cardiovascular e gástrico, foram os diagnósticos de admissão mais frequentes. As infeções representaram 25% do total de admissões de lares e destas 51% eram pneumonias. De todas as admissões, 10,2% foram por fratura e entre as fraturas a mais frequente é a da anca, 71,7%. A taxa de admissões aumentou proporcionalmente ao aumento do nº de internamentos de curta duração e nos lares com cama para internamentos de curta duração as admissões aumentaram com o aumento da cobertura médica. A prevenção das infeções e das fraturas nos lares de idosos poderá reduzir o nº de internamentos hospitalares. O aumento da cobertura médica nos lares de idosos só por si não parece reduzir os internamentos hospitalares.
13. Szczepura, Wild & Nelson (2011). BMC Geriatrics 2, 11:82, 1-10; Reino Unido	13 Estruturas residenciais para PI (9 residências e 4 lares) e 345 residentes idosos.	Monitorizar a incidência de erros relacionados com a medicação em lares e residências que usam o sistema de código de barras (BCMA) para	Estudo prospetivo. Os dados de todas as administrações de medicação de 345 residentes, durante 3 meses, foram gravados em tempo real usando uma técnica de observação dissimulada. Os erros foram classificados em tentativas de administrar medicação no horário errado, à pessoa errada, ou medicação suspensa. Posteriormente compararam-se os	Foram analisadas 188249 administrações. Em média cada residente toma 9 fármacos diferentes e está exposto a 206 episódios de administração em cada mês. No período de observação, 2289 potenciais erros foram gravados. 90% dos residentes estiveram expostos pelo menos a um erro. O mais comum (45% dos erros) foi a tentativa de administrar a medicação no horário errado. Durante o período de observação metade dos residentes foi exposto a um risco sério como a administração de medicação à pessoa errada. A taxa de incidência de erros foi mais alta nos lares

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

		administração de medicação.	resultados dos lares e residências. O pessoal também foi avaliado para perceber se tinham consciência dos erros.	do que nas residências. A taxa de não adesão aos sistemas de alerta foi muito baixo. A investigação pré estudo revelou que só 12 em 41 elementos do pessoal que administra fármacos reportou potenciais erros de administração de medicação. A incidência de erros com a medicação em lares e residência é elevada. O sistema de código de barras pode identificar os possíveis erros prevenindo o seu acontecimento.
14. ROE, FLANAGAN, JACK, BARRETT, CHUNG, SHAW & WILLIAMS (2011), Journal of Advanced Nursing 67(2), 228–250; Reino Unido	10 estudos descritivos	Revisão da literature, sobre incontinência das PI nos lares.	Pesquisa na MEDLINE e CINAHL entre 2007-2009 de estudos sobre gestão da incontinência, promoção da continência e cuidados de manutenção na incontinência, em lares de idosos.	O uso de pensos de incontinência e os planos de higiene perianal são as abordagens mais frequentes para gestão da incontinência. Não se identificaram estudos cujo objetivo fosse a manutenção da continência. São necessários estudos nesta área e também para identificar o componente dos programas de ida ao Wc eficazes na prevenção da incontinência e promoção da continência em lares de idosos.
15. Hyer, Thomas, Branch, Harman, Johnson & Weech-Maldonado (2011). The Gerontologist 51: 5, 610–616; EUA	663 Lares de Idosos da Florida	Analisar a relação entre o aumento do número de auxiliares de enfermagem certificadas e os rácios de enfermeiras diplomadas nos lares de idosos e os seus défices de funcionamento,	Os registos sobre os relatórios de pessoal e certificação sugerem uma relação entre as dotações e qualificação do pessoal e as deficiências apresentadas nos lares da Florida entre 1996 e 2002. Utilizando uma equação de estimativa, foi calculada a relação entre auxiliares de enfermagem certificadas, enfermeiras diplomadas, e os scores: score total de deficiências do lar e score de qualidade das deficiências nos	Os resultados confirmam que maior número de auxiliares de enfermagem certificadas é preditor de menores scores totais de deficiência dos lares e de qualidade de cuidados, depois de analisadas as características de cada lar. Com uma amostra maior, utilizando o mesmo desenho e métodos avançados de cálculo foi possível identificar uma relação entre a certificação das auxiliares de enfermagem e a qualidade dos lares de idosos.

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

		num período de 4 anos.	cuidados- que incluem a gravidade e tipo de deficiência reportada, no período de 2002 a 2005.	
16. Ingibjörg, Hjaltadóttir, Hallberg, Ekwall & Nyberg (2011). BMC Health Services Research 11:86, 1-11; Irlanda	2206 Residentes admitidos nos lares de idosos na Irlanda entre 1996-2006	Analisar o tempo entre a admissão no lar e a morte e a capacidade preditora das variáveis sociodemográficas, estado de saúde e perfil funcional	Os participantes foram avaliados até 90 dias após a admissão utilizando o Minimum Data Set (MDS). O momento de follow-up da sobrevivência de cada cohort foi 3 anos após a admissão. As variáveis associadas ao tempo de sobrevida foram utilizadas no modelo de regressão múltipla.	O tempo médio de sobrevida foi de 31 meses e não houve diferenças na taxa de mortalidade entre cohorts. A idade, o sexo, local de admissão, capacidade para as AVD, estado de saúde e capacidade para se envolver em atividades sociais, foram preditores significativos de mortalidade. 28,8% dos residentes faleceram após 1 ano, 43,4% faleceram após 2 anos e 53,1% faleceram após 3 anos. A condição de saúde (estabilidade da mesma) foi o preditor mais forte, bem como a capacidade para as AVD.
17. Tsai, Wong & Ku (2008). Journal of Clinical Nursing 17, 1219–1226; Taiwan	196 Residentes de 9 Lares de idosos.	Explorar as estratégias de autocuidado para gerir as alterações do sono e fatores de risco para uma fraca qualidade de sono, entre as PI residentes em lares em Taiwan.	Estudo transversal com uma amostra estratificada. Os instrumentos de recolha de dados foram: o Pittsburgh Sleep Quality Index, um questionário sobre a gestão dos distúrbios do sono e uma ficha sociodemográfica.	A prevalência de alterações do sono é de 4%. Só 5% dos participantes usam estratégias de auto-gestão das alterações do sono. As estratégias mais frequentemente utilizadas são tomar medicação prescrita. Autoaprendizagem foi a maior fonte de informação sobre estratégias de gestão das alterações do sono. A regressão logística indicou que não ter esposa/companheira, e um grau de escolaridade baixo são preditores significativos de pior qualidade de sono. A incapacidade das pessoas idosas em obter alívio ou melhoria dos distúrbios do sono pode estar relacionada com o uso reduzido de estratégias para gerir as alterações do sono.
18. Aleixo, Escoval, Fontes & Fonseca (2011). Revista de	12 Artigos	Identificar um conjunto de indicadores de qualidade de	Foi efetuada uma pesquisa na EBSCO (CINAHL <i>Plus with Full Text</i> , MEDLINE <i>with Full Text</i> , <i>British Nursing Index</i> ) e	Identificaram catorze indicadores de qualidade dos cuidados prestados em lares de idosos com enfermagem permanente: Recursos às urgências hospitalares e número de

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

Enfermagem Referência, III Série - n.º 3, 141- 149; Portugal		saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos	procurados artigos em texto integral (28-01-2009), publicados entre 1998/01/01 e 2008/12/31. Foi utilizado o método de PI[C] O e selecionados doze artigos de um total de cento e trinta e oito.	<p>dias de internamento; Diminuição dos recursos às urgências; Diminuição total de dias de internamento em unidades de recuperação avançadas; Diminuição de alguns atos médicos; Função sensorial (incidência de depressão, demência), comunicação, relações sociais, participação da família; Presença de cateteres urinários, incontinência; Perda de funcionalidade e atividades de vida diárias (imobilização e doentes acamados); Uso controlado de fármacos (anti psicóticos, controlo de fármacos – número e modo de administração); Uso de nove ou mais medicamentos diferentes; Nutrição (perda de peso, obstipação, desidratação); Controlo de infeção (pneumonias, infeções urinárias); Prevalência do número de úlceras por pressão; Controlo da dor; Prevalência de quedas.</p>
19. Lancker, Verhaeghe, Hecke, Vanderwee, Goossens & Beeckman (2012) International Journal of Nursing Studies. 1-14;	60 Artigos	Revisão sistemática para determinar a relação entre o estado de saúde oral e a desnutrição nos idosos residentes em unidades de cuidados de	Foi efetuada pesquisa na, Cochrane e Cinahl para identificar artigos entre Janeiro de 1985 e Maio de 2011. Os critérios de inclusão foram explorar a relação entre a saúde oral e a desnutrição. Como não foi encontrado consenso na terminologia utilizada, foi desenvolvido um filtro de sensibilidade. A qualidade	60 Estudos cumpriram os critérios de inclusão. 11 Utilizaram uma abordagem multimétodos e 9 destes, encontraram relação entre a saúde oral e a desnutrição. Quatro estudos identificaram uma relação entre os problemas de mastigação e a desnutrição; 5 entre o estado dos dentes, o nº de problemas orais, alterações da língua, problemas de salivação e candidíase, e a desnutrição. Em geral a qualidade dos estudos foi média. Os resultados apontam para uma associação entre a saúde oral e a desnutrição das Pi residentes em

## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

		longa duração.	metodológica dos estudos também foi avaliada. Dois revisores independentes realizaram todas as etapas.	lares, no entanto é necessário alguma precaução na interpretação dos resultados, pela ausência de um Gold standard para definir e avaliar a desnutrição e o estado de saúde oral, bem como as limitações metodológicas dos estudos.
20. Godfrey, Cloete, Dymond & Long ( 2012). International Journal of Nursing Studies 1-12; Reino Unido	21 Pessoas idosas e 21 enfermeiras e auxiliares de cuidados	Compreender a complexidade dos problemas associados com a hidratação e os cuidados de hidratação das PI.	Os dados foram colhidos, através de entrevista com as PI, focus grupos com o pessoal, caixa de comentários e sugestões de familiares e amigos e 12 horas de observação dos cuidados de hidratação realizados. A análise foi realizada por temas.	Os profissionais de saúde utilizam algumas estratégias eficazes para promover a ingestão hídrica, nomeadamente o incentivo verbal, a oferta de várias opções de líquidos à escolha, colocar as bebidas na mão da PI e assistir a beber. As PI revelaram que a sua experiência de ingestão de líquidos é influenciada por vários fatores nomeadamente uma experiência com maior foco no consumo de fluidos do que no ato de beber como uma experiência social e prazerosa, o que também é pouco explorado nos lares.
21. Tse & Ho (2011) Pain Management Nursing. 1-12; EUA	33 Enfermeiros e 90 PI: 48 no grupo experimental e 42 no grupo de controlo.	Melhorar a gestão da dor nos lares de idosos, através de um programa integrado (IPMP) para o pessoal e para os residentes.	O pessoal e os residentes do grupo experimental foram convidados a participar no programa de 8 semanas (IPMP), que os do grupo experimental não tiveram. Os dados foram colhidos em ambos os grupos antes e depois da intervenção.	O programa consistiu em 8 palestras sobre gestão da dor, estratégias farmacológicas e não farmacológicas e 8 semanas de atividades como jardinagem e exercícios de fisioterapia para os residentes. Não se observaram diferenças significativas na escolaridade, qualidade do sono, hábitos de eliminação anteriores e atuais, condição de saúde, processo de dor e bem-estar psicológico, no grupo experimental e de controlo na baseline. Depois do programa, o pessoal demonstrou aumento significativo do conhecimento sobre gestão da dor, tendo melhorado significativamente as suas atitudes. Os residentes do grupo experimental apresentaram menores scores de dor, e usaram mais estratégias de controlo da dor do que no grupo de controlo. O bem-estar psicológico, nomeadamente a felicidade, solidão,



## Síntese das principais evidências encontradas nos estudos incluídos na revisão da literatura

				satisfação com a vida e a depressão, melhoraram significativamente entre o grupo experimental e o grupo de controlo
22. Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim. (2009) International Journal of Nursing Studies 46 848–857; EUA		Rever os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem usados em 7 países com cuidados semelhantes (EUA, Austrália, Noruega, Nova Zelândia, Inglaterra, Suécia e Dinamarca) e avaliar a sua validade.	Pesquisa sistemática na literatura e outras fontes para encontrar descrições do desenvolvimento e teste de validade de indicadores nacionais. Os procedimentos de validação nos diferentes países foram avaliados usando um conjunto de critérios.	Todos os países exceto a suécia, fazem uma avaliação standard dos utentes na admissão aos lares . Há uma grande variação no modo como os instrumentos de avaliação foram desenvolvidos e na utilização dos dados colhidos. Só os EUA desenvolveram os indicadores de qualidade de forma sistemática com base na avaliação dos residentes. 23 Indicadores são usados a nível nacional nos EUA, 13 na Austrália, 4 na Noruega, 3 na Nova Zelândia e 3 na Inglaterra, foram selecionados para revisão e avaliação da sua validade de acordo com o descrito na literatura. Todos os indicadores selecionados apresentaram uma validade satisfatória, embora nenhum tenha incluído todos os critérios de validade. Não foi encontrada evidência de que os indicadores se traduzam em alterações significativas nos cuidados e de que a informação pode ser colhida automaticamente.

**Anexo II – Lista dos maiores lares de cada concelho por distrito**

Número de ERPI e número de residentes da maior ERPI, por ordem decrescente, de cada concelho, dos distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real

**Tabela 1 - N° de ERPI e n° de residentes da maior ERPI, de cada concelho do distrito de Braga**

<b>Braga</b>	<b>N° de ERPI</b>	<b>N° de residentes maior ERPI</b>
Braga	32	193
Guimarães	20	112
Vila Verde	11	110
Esposende	3	95
Vila Nova de Famalicão	17	85
Fafe	9	85
Barcelos	14	70
Cabeceiras de Basto	4	68
Vieira do Minho	7	64
Celorico de Basto	5	59
Póvoa de Lanhoso	6	50
Vizela	3	45
Amares	2	45
Terras de Bouro	6	20
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>1101</b>

**Tabela 2 - N° de ERPI e n° de residentes da maior ERPI, de cada concelho do distrito de Bragança**

<b>Bragança</b>	<b>N° de ERPI</b>	<b>N° de residentes maior ERPI</b>
Mirandela	9	89
Miranda do Douro	6	88
Macedo de Cavaleiros	6	83
Mogadouro	5	80
Bragança	19	71
Vinhais	6	67
Vimioso	7	66
Vila flor	5	54
Torre de Moncorvo	7	52
Freixo de espada à cinta	6	50
Alfândega da fé	5	50
Carrazeda de Ansiães	5	50
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>711</b>

**Tabela 3 - Nº de ERPI e nº de residentes da  
maior ERPI, de cada concelho do distrito do Porto**

<b>Porto</b>	<b>Nº de ERPI</b>	<b>Nº de residentes maior ERPI</b>
Maia	15	264
Porto	57	142
Vila nova de Gaia	24	119
Amarante	5	113
Vila do Conde	9	104
Matosinhos	12	100
Santo Tirso	11	94
Valongo	8	70
Baião	4	65
Gondomar	14	60
Felgueiras	5	60
Paredes	4	60
Lousada	3	60
Marco de Canavezes	3	60
Póvoa de Varzim	5	57
Paços de ferreira	3	49
Penafiel	8	44
Trofa	3	35
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>1578</b>

**Tabela 4 - Nº de ERPI e nº de residentes da  
maior ERPI, de cada concelho do distrito de Viana do Castelo**

<b>Viana do Castelo</b>	<b>Nº de ERPI</b>	<b>Nº de residentes maior ERPI</b>
Viana do castelo	14	150
Monção	4	103
Ponte de Lima	10	85
Paredes de coura	3	85
Ponte da Barca	3	80
Arcos de Valdevez	6	75
V. Nova de Cerveira	2	70
Caminha	4	63
Valença	1	63
Melgaço	2	55
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>829</b>

**Tabela 5- N° de ERPI e n° de residentes da  
maior ERPI, de cada concelho do distrito de Vila Real**

<b>Vila Real</b>	<b>N° de ERPI</b>	<b>N° de residentes maior ERPI</b>
Mondim de Basto	1	122
Vila Real	8	80
Valpaços	10	75
Chaves	13	60
Montalegre	5	60
Peso da régua	2	59
Alijó	4	57
Vila Pouca de aguiar	3	56
Boticas	3	50
Santa Marta de Penaguião	3	50
Murça	3	45
Ribeira de Pena	2	40
Mesão Frio	3	34
Sabrosa	2	31
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>819</b>

### **Anexo III – Formulário de caracterização do lar**

ID: \_\_\_\_\_

## Caraterização do lar

### INFORMAÇÕES GERAIS

Capacidade: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_ Direção Técnica: ☐ A. social ☐ Enfermeiro ☐ Outro \_\_\_\_\_

Natureza jurídica do lar: ☐ SCM ☐ CSP ☐ ASS ☐ EL ☐ FSS ☐ IOR ☐ OUTRA \_\_\_\_\_

Regime de visitas: ☐ livre ☐ horário fixo ☐ horário flexível ☐ Outro \_\_\_\_\_

Controlo de saída e entrada dos residentes: ☐ Não ☐ Sim \_\_\_\_\_

### EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Acessibilidade PMC exterior: ☐ Sim ☐ Não (☐ Degraus ☐ Piso irregular ☐ declives)

Acessibilidade PMC interior: ☐ Sim ☐ Não (☐ portas dimensões reduzidas ☐ degraus entre divisões ☐ camas não reguláveis em altura ☐ altura dos móveis ☐ divisões com dimensões reduzidas)

Aquecimento: ☐ Não ☐ Sim Ar condicionado: ☐ Não ☐ Sim

Sala de convívio /estar: ☐ Não ☐ Sim Sala de refeições: ☐ Não ☐ Sim Capela: ☐ Não ☐ Sim

Gabinete médico: ☐ Não ☐ Sim Gabinete enfermagem ☐ Não ☐ Sim Sala tratamentos: ☐ Não ☐ Sim

Ginásio: ☐ Não ☐ Sim Outros serviços de apoio ☐ Não ☐ Sim (especificar): \_\_\_\_\_

### ALIMENTAÇÃO

Nº de refeições/dia: \_\_\_\_\_ Horário das refeições: \_\_\_\_\_

Dietas disponíveis: ☐ Geral ☐ Hipossalina ☐ Hipolipídica ☐ Hipoglucídica ☐ Outra \_\_\_\_\_

Consistência: ☐ Mole ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Outra \_\_\_\_\_

Composição das refeições

P. Almoço: ☐ Leite ☐ Cevada ☐ Chá ☐ iogurte ☐ Pão ☐ Bolachas ☐ Fruta ☐ Outros \_\_\_\_\_

M. Manhã: ☐ Leite ☐ Cevada ☐ Chá ☐ iogurte ☐ Pão ☐ Bolachas ☐ Fruta ☐ Outros \_\_\_\_\_

Almoço: ☐ sopa de legumes ☐ sopa carne/peixe ☐ Prato carne/peixe ☐ salada/legumes cozidos

☐ Pão ☐ Fruta ☐ Doce ☐ Café ☐ Água ☐ Vinho ☐ refrigerantes ☐ Outros \_\_\_\_\_

M. tarde: ☐ Leite ☐ Cevada ☐ Chá ☐ Iogurte ☐ Pão ☐ Bolachas ☐ Fruta ☐ Outros \_\_\_\_\_

Jantar: ☐ Sopa de legumes ☐ Sopa carne/peixe ☐ Prato carne/peixe ☐ Salada/legumes cozidos ☐ Pão

☐ Fruta ☐ Doce ☐ Água ☐ Vinho ☐ Refrigerantes ☐ Outros \_\_\_\_\_

Ceia: ☐ Leite ☐ Cevada ☐ Chá ☐ Iogurte ☐ Pão ☐ Bolachas ☐ Outros \_\_\_\_\_

Suplementos alimentares: ☐ não ☐ sim (especificar): \_\_\_\_\_

## **CUIDADOS DE HIGIENE / VESTUÁRIO**

Regras de higiene: ☐ Não ☐ Sim Banho geral diário: ☐ Sim ☐ Não \_\_\_\_\_/semana

Responsável: ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro \_\_\_\_\_

Apoio aos dependentes: ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro \_\_\_\_\_

Regras de vestuário: ☐ Não ☐ Sim \_\_\_\_\_

## **ELIMINAÇÃO**

Registo/controlo das dejeções: ☐ Não ☐ Sim (especificar): \_\_\_\_\_

Promoção do autocontrolo continência urinária: ☐ Não ☐ Sim (especificar): \_\_\_\_\_

## **EXERCÍCIO**

Oferta de exercício: ☐ Não ☐ Sim ☐ aulas de ginástica ☐ hidroginástica ☐ Outro \_\_\_\_\_

Freq. / semana: \_\_\_\_\_

## **LAZER**

Oferta de atividades de Lazer: ☐ Não ☐ Sim ☐ Grupos de musica/canto ☐ jogos de mesa/tabuleiro

☐ Passeios ☐ Trabalhos manuais ☐ Outras \_\_\_\_\_



## VIGILÂNCIA DE SAÚDE

Avaliação de enfermagem inicial: ☐ Não ☐ Sim Avaliação de enfermagem periódica: ☐ Não ☐ Sim

frequência: \_\_\_\_\_

Consultas médicas: ☐ Lar ☐ Centro de saúde ☐ outro \_\_\_\_\_

Periodicidade: \_\_\_\_\_

Consultas de enfermagem: ☐ Lar ☐ Centro de saúde ☐ outro \_\_\_\_\_

Periodicidade: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

---

Preparação da medicação: ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ outro \_\_\_\_\_

☐ Por tomas ☐ para 24h ☐ para 48h ☐ mais de 48h ☐ outro \_\_\_\_\_

Sistema utilizado: ☐ Cartões ☐ Unidose ☐ Outro \_\_\_\_\_

Administração da medicação: ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ outro \_\_\_\_\_

Sistema para garantir: ☐ Doente certo ☐ Medicamento certo ☐ Dose certa ☐ Horário certo

☐ Via de administração certa

Armazenamento dos medicamentos - Local adequado: ☐ Não ☐ Sim Controlo de prazo de validade:

☐ Não ☐ Sim Identificação adequada: ☐ Não ☐ Sim Gestão de stock: ☐ Não ☐ Sim

Identificação adequada de material/equipamento de uso individual: ☐ Não ☐ Sim

Material de uso clínico - Existência de material esterilizado reutilizável: ☐ Não ☐ Sim Sistema de

esterilização: ☐ Não ☐ Sim Controlo de validade: ☐ Não ☐ Sim Armazenamento adequado: ☐ Não

☐ Sim Identificação adequada: ☐ Não ☐ Sim

Gestão de resíduos - Separação de lixo clínico/comum: ☐ Não ☐ Sim Separação de lixo reciclagem:

☐ Não ☐ Sim

## RECURSOS DISPONÍVEIS

Enfermeiro: ☐ Não ☐ Sim ☐ 24h/dia ☐ 8h/dia ☐ algumas h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana

☐ 1x semana ☐ Outro \_\_\_\_\_

Médico: ☐ Não ☐ Sim ☐ 4h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana ☐ 1x semana ☐ Outro \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta: ☐ Não ☐ Sim ☐ 8h/dia ☐ algumas h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana ☐ 1x

semana ☐ Outro \_\_\_\_\_

Nutricionista: ☐ Não ☐ Sim ☐ 8h/dia ☐ algumas h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana ☐ 1x semana

☐ Outro \_\_\_\_\_

Psicólogo: ☐ Não ☐ Sim ☐ 8h/dia ☐ algumas h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana ☐ 1x semana

☐ Outro \_\_\_\_\_

Assistente Social: ☐ Não ☐ Sim ☐ 8h/dia ☐ algumas h/dia ☐ 3x semana ☐ 2x semana ☐ 1x

semana ☐ Outro \_\_\_\_\_

Pessoal auxiliar para apoio aos residentes: ☐ Não ☐ Sim ☐ 24h/dia ☐ 8h/dia

Pessoal auxiliar serviços gerais: ☐ Não ☐ Sim ☐ 24h/dia ☐ 8h/dia

Voluntários: ☐ Não ☐ Sim Outro(s): ☐ Não ☐ Sim \_\_\_\_\_

Dotação de pessoal permanente/Turno Nº /Grupo profissional \_\_\_\_\_

---

Pessoal auxiliar com formação específica para apoio aos residentes: ☐ Não ☐ Sim Nº Horas \_\_\_\_\_

Plano anual de formação em serviço: ☐ Não ☐ Sim

**Anexo IV – Formulário de avaliação da condição de saúde da pessoa idosa**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO****1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Idade (Anos): \_\_\_\_\_ Tempo de permanência no lar (Anos): \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ FemininoMotivo de ingresso: ☐ Decisão própria ☐ Viver só ☐ Falta de vontade da família para tomar conta  
☐ Impossibilidade da família por complexidade/intensidade de cuidadosParticipou/concordou com a decisão de ingressar no lar: ☐ Não ☐ SimTipo de quarto: ☐ Individual ☐ casal ☐ Duplo ☐ Triplo ☐ Enfermaria ☐ Outro (especificar): \_\_\_\_\_Nível Escolaridade: ☐ Nenhum ☐ 1º ciclo ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino SuperiorEstado Civil: ☐ Casado/União facto ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado N° de Filhos: \_\_\_\_\_Profissão: ☐ Membros das forças armadas ☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas ☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio ☐ Pessoal administrativo e similares ☐ Pessoal dos serviços e vendedores ☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ☐ Operários, artífices e trabalhadores similares ☐ Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ☐ Trabalhadores não qualificados ☐ Doméstico ☐ outra \_\_\_\_\_.Nacionalidade: ☐ Portuguesa ☐ Outra \_\_\_\_\_.**2 - PESSOA/FAMILIAR DE REFERÊNCIA**Idade (Anos): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ FemininoProfissão: ☐ Membros das forças armadas ☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas ☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio ☐ Pessoal administrativo e similares ☐ Pessoal dos serviços e vendedores ☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ☐ Operários, artífices e trabalhadores similares ☐ Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ☐ Trabalhadores não qualificados ☐ Doméstico ☐ outra \_\_\_\_\_.Cond. Laboral: ☐ Activo ☐ Reformado ☐ Desempregado ☐ Baixa ☐ Estudante ☐ Outra \_\_\_\_\_.Nacionalidade: ☐ Portuguesa ☐ Outra \_\_\_\_\_Coabitava com o residente: ☐ Não ☐ SimParentesco com o residente: ☐ Filha(o) ☐ Marido/Esposa ☐ Irmã(o) ☐ Sobrinha(o) ☐ Neta(o) ☐ Nora/Genro ☐ Cunhada(o) ☐ Sem parentescoPeriodicidade das Visitas: ☐ 1x semana ☐ 1x mês ☐ 4x ano ☐ 2x ano ☐ 1x ano ☐ Outra \_\_\_\_\_Saídas do lar: ☐ diariamente ☐ 1x semana ☐ 1x mês ☐ 4x ano ☐ 2x ano ☐ 1x ano ☐ Nunca**3 - HÁBITOS/ESTILOS DE VIDA****PADRÃO ALIMENTAR E INGESTÃO DE LÍQUIDOS**Dieta habitual: ☐ Gera l ☐ Hipoglucídica ☐ Hipolipídica ☐ Hipossalina ☐ Outra \_\_\_\_\_Consistência: ☐ Normal ☐ Mole ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Outra \_\_\_\_\_É tido em conta o seu gosto/preferência pessoal: ☐ Não ☐ simN° Refeições/dia: \_\_\_\_\_ Local: ☐ Quarto ☐ Refeitório ☐ Outro local \_\_\_\_\_Quem decide o local/refeições: ☐ Idoso ☐ Auxiliar ☐ Enfermeiro ☐ Outro \_\_\_\_\_Bebe habitualmente: ☐ Água ☐ Vinho ☐ Sumo natural ☐ Refrigerantes ☐ Chá /Cevada ☐ Outra \_\_\_\_\_ ☐ Às refeições ☐ Fora das refeiçõesIngere alimentos além dos fornecidos pelo lar: ☐ Não ☐ Sim ☐ Bolachas/biscoitos ☐ Fruta ☐ Iogurtes ☐ outros \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

Dentição: ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Sem dentes ☐ Prótese superior ☐ Prótese inferior

**Via fornecimento dos alimentos:** ☐ Oral ☐ SNG ☐ S. Gastrostomia ☐ Outra \_\_\_\_\_

**Deglutição:** ☐ Não comprometida ☐ Comprometida (Score escala O'Neill \_\_\_\_); **Utilização espessantes:** ☐ Não ☐ Sim

**Sinais de Desidratação:** ☐ Não ☐ Sim \_\_\_\_\_

**Risco de Desidratação:** ☐ Não ☐ Sim (motivo: \_\_\_\_\_)

**Magreza excessiva:** ☐ Não ☐ Sim; **Obesidade:** ☐ Não ☐ Sim; **Obesidade mórbida:** ☐ Não ☐ Sim

**Grau de satisfação com a alimentação:** ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito  
☐ Não sabe/não responde

**Risco de aspiração:** ☐ Não ☐ Sim

#### **4 - PADRÃO DE HIGIENE**

**Tipo/Frequência do banho:** ☐ Geral (nº vezes por semana \_\_\_\_\_) ☐ Parcial (nº vezes por semana \_\_\_\_\_)

**Quem decide a frequência/local do banho:** ☐ Idoso ☐ Auxiliar ☐ Enfermeiro ☐ Outro \_\_\_\_\_

**C/ que frequência lava o cabelo:** \_\_\_\_\_/semana **C/ que frequência lava as mãos:** \_\_\_\_\_/dia

**C/ que frequência lava os dentes:** \_\_\_\_\_/dia **C/ que frequência limpa os ouvidos:** \_\_\_\_\_/semana

**Normalmente toma banho:** ☐ Sozinho ☐ Com ajuda ☐ Na cama ☐ Chuveiro/banheira

**Incentivam-no a lavar as partes do corpo que é capaz:** ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Grau de satisfação com a higiene:** ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito  
☐ Não sabe/não responde

#### **5 - PADRÃO DE ELIMINAÇÃO**

**Frequência dejeções:** \_\_\_\_\_/semana **Colostomia:** ☐ Não ☐ Sim **Obstipação:** ☐ Não ☐ Sim **Risco de obstipação:** ☐ Não ☐ Sim **Continente:** ☐ Não ☐ Sim

**Normalmente em que local evacua:** ☐ Sanita ☐ Cadeira sanitária ☐ Arrastadeira ☐ Fralda

**Normalmente quem decide onde vai evacuar:** ☐ Idoso ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro \_\_\_\_\_

**Ostomia:** ☐ Não ☐ Sim **Incontinência urinária:** ☐ Não ☐ Sim **Urgência urinária:** ☐ Não ☐ Sim

**Incontinência de esforço:** ☐ Não ☐ Sim

**Algaliação permanente:** ☐ Não ☐ Sim **Tipo de sonda:** ☐ Folley ☐ Silicone ☐ Outra \_\_\_\_\_

**Motivo Algaliação:** ☐ Doença prostática ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Outro \_\_\_\_\_

**Fralda descartável:** ☐ Não ☐ Sim **Cueca descartável:** ☐ Não ☐ Sim

**Penso de incontinência:** ☐ Não ☐ Sim

**Normalmente em que local urina:** ☐ Sanita ☐ Cadeira sanitária ☐ Arrastadeira/Urinol ☐ Fralda

**Normalmente quem decide onde vai urinar:** ☐ Idoso ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro \_\_\_\_\_

**Normalmente incentivam-no a utilizar o sanitário:** ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Grau de satisfação com os hábitos e local de eliminação:** ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito  
☐ Nada satisfeito ☐ Não sabe/não responde

#### **6 - PADRÃO DE EXERCÍCIO**

**Hábitos de exercício:** ☐ Não ☐ Sim **Tipo de Exercício:** ☐ Caminhada ☐ Ginástica ☐ Hidroginástica  
☐ Outro \_\_\_\_\_ **Frequência:** \_\_\_\_\_/ semana

**Grau de satisfação com a oferta de exercício:** ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito  
☐ Não sabe/não responde

#### **7 - PADRÃO DE LAZER**

**Atividades de Lazer:** ☐ Jogos de cartas/tabuleiro ☐ Trabalhos manuais ☐ Ver televisão ☐ Passear ☐ Ler  
☐ Outra \_\_\_\_\_

**Grau de satisfação com a oferta de atividades de lazer:** ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito  
☐ Nada satisfeito ☐ Não sabe/não responde

## **8 - PADRÃO DE SONO/REPOUSO**

Nº horas de sono: \_\_\_\_\_ Hora habitual deitar/levantar: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hábitos sesta: ☐ Não ☐ Sim

Medidas adaptativas para adormecer: ☐ Medicação ☐ Chá/leite ao deitar ☐ Outra \_\_\_\_\_

Prepara-se para dormir: ☐ Não ☐ Sim ☐ Vestir Pijama/Camisa de dormir ☐ Ir ao WC ☐ Trocar fralda descartável ☐ Colocar fralda descartável ☐ Apagar a luz ☐ Outro \_\_\_\_\_

Sente-se descansado após dormir: ☐ Não ☐ Sim Habitualmente: ☐ Acorda cedo ☐ Tem Pesadelos ☐ Tem insónias

As condições ambientais dificultam o sono/reposo: ☐ Não ☐ Sim ☐ Ruído ☐ Luminosidade ☐ Calor ☐ Frio ☐ Outras \_\_\_\_\_

Grau de satisfação com o padrão de sono/reposo: ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito

## **9 - APARÊNCIA FÍSICA GERAL, HIGIENE E ASSEIO PESSOAL**

Condição de higiene e asseio: ☐ Boa ☐ Deficitária ☐ Odores corporais ☐ Unhas sujas ☐ Má higiene oral ☐ Secreções oculares ☐ Sujidade corporal visível ☐ Cabelo despenteado

Com que frequência penteia o cabelo: \_\_\_\_\_/dia Com que frequência vai ao cabeleireiro/barbeiro: \_\_\_\_\_/mês

Com que frequência desfaz a barba: \_\_\_\_\_/semana Com que frequência aplica desodorizante/perfume: \_\_\_\_\_/semana

Com que frequência arranja as unhas: \_\_\_\_\_/mês Com que frequência aplica creme hidratante: \_\_\_\_\_/semana

Com que frequência aplica maquilhagem: \_\_\_\_\_/semana Com que frequência cuida dos pés: \_\_\_\_\_/mês

Habitualmente incentivam-no a arranjar-se: ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Condição de vestuário: ☐ Boa ☐ Deficitária ☐ Roupa suja ☐ Roupa desabotoada ☐ Roupa inadequada à temperatura ☐ Roupa inadequada à condição antropométrica ☐ Roupa inadequada à condição de dependência ☐ Roupa rota/descosida

Quem escolhe a roupa que vai vestir: ☐ Idoso ☐ Auxiliar ☐ Enfermeiro ☐ Outro

Habitualmente incentivam-no a vestir-se: ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Grau de satisfação com o seu aspeto geral: ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito ☐ Não sabe/não responde

## **10 - CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS**

Consome habitualmente: ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Outro \_\_\_\_\_ Quantidade \_\_\_\_\_/dia

## **11 - VIGILÂNCIA DE SAÚDE**

Consultas de vigilância fora do lar: ☐ Não ☐ Sim Periodicidade: \_\_\_\_\_

Costuma ir ao dentista com regularidade: ☐ Não ☐ Sim Periodicidade: \_\_\_\_\_

Adere às recomendações clínicas/terapêuticas: ☐ Não ☐ Sim

Antecedentes clínicos relevantes: ☐ Não ☐ Sim ☐ AVC ☐ Cirurgia ortopédica ☐ Cirurgia cardíaca ☐ Outros \_\_\_\_\_

Doenças Crónicas: ☐ Não ☐ Sim ☐ Hipertensão ☐ Diabetes tipo I ☐ Diabetes tipo II ☐ DPOC ☐ Doença Cardíaca ☐ Dislipidemia ☐ IRC ☐ Depressão ☐ Doenças reumáticas ☐ Doença Oncológica ☐ Outras \_\_\_\_\_

Nº Episódios de recurso à urgência por agudização de doença crónica, no último ano: \_\_\_\_\_

Nº Episódios Internamento por agudização de doença crónica, no último ano: \_\_\_\_\_

Grau de satisfação com o acompanhamento/vigilância de saúde global: ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito ☐ Não sabe/não responde

Consumo de medicamentos: ☐ Não ☐ Sim Variedade de fármacos (nº) \_\_\_\_\_

Nº fármacos nas tomas/dia \_\_\_\_\_

Preocupação com a sua saúde: ☐ Muito preocupado ☐ Preocupado ☐ Pouco preocupado ☐ Nada preocupado ☐ Não sabe/não responde

## **12 - PROCESSOS CORPORAIS**

TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ p/min FR \_\_\_\_\_ c/min T \_\_\_\_\_ °C  
SPO2: ☐ Superior a 90% ☐ Inferior a 90% Dor: ☐ aguda ☐ crónica Score \_\_\_\_\_ (Escala visual analógica)  
Dispneia: ☐ Não ☐ Sim (Score ESCALA MRC \_\_\_\_\_)  
Presença de secreções: ☐ Não ☐ Sim Expetorar: ☐ Eficaz ☐ Ineficaz  
Força muscular: ☐ Normal ☐ Diminuída (SCORE MRCS): ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE  
Amplitude articular: ☐ Normal ☐ Diminuída Articulação: ☐ Cabeça/pescoço ☐ ombro D ☐ Ombro E  
☐ Cotovelo D ☐ Cotovelo E ☐ Punho D ☐ Punho E ☐ Dedos D ☐ Dedos E ☐ Anca D  
☐ Anca E ☐ Joelho D ☐ Joelho E ☐ Tornozelo D ☐ Tornozelo E ☐ Pé D ☐ Pé E  
Tónus muscular : ☐ Normal ☐ Flacidez ☐ Espasticidade/Rigidez  
Equilíbrio sentado: ☐ Não ☐ Sim Equilíbrio de pé: ☐ Não ☐ Sim  
Risco de úlcera de pressão: ☐ Não ☐ Sim (SCORE ESCALA DE BRADEN: \_\_\_\_\_)  
Úlcera de pressão: ☐ Não ☐ Sim Localização/Grau: ☐ Occipital ☐ Omoplata ☐ Cotovelo ☐ Sacro  
☐ Trocanter ☐ Maleolo ☐ Calcâneo ☐ Outra \_\_\_\_\_  
Outras feridas: ☐ Não ☐ Sim ☐ Cirúrgica ☐ Traumática

## **13 - SENSACÕES**

Acuidade visual: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Cegueira ☐ Óculos ☐ Lentes de contacto  
Acuidade auditiva: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Surdez ☐ Prótese  
Sensibilidade térmica: ☐ Normal ☐ diminuída ☐ Aumentada  
Sensibilidade algica: ☐ Normal ☐ diminuída ☐ Aumentada  
Sensibilidade tátil: ☐ Normal ☐ diminuída ☐ Aumentada  
Sensibilidade propriocetiva: ☐ Normal ☐ Alterada

## **14 - PROCESSO PSICOLÓGICO**

Ansiedade: ☐ Não ☐ Probabilidade ☐ Sim Depressão: ☐ Não ☐ Probabilidade ☐ Sim  
(Score HAS \_\_\_\_\_ Score HDS \_\_\_\_\_)  
Estado mental: ☐ Normal ☐ confuso/desorientado ☐ estado vegetativo  
Estado cognitivo: ☐ Normal ☐ Alterado (SCORE MINI-MENTAL STATE EXAM \_\_\_\_\_)  
Satisfação com a vida: ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito ☐ Não sabe/ não responde  
Atitude perante a vida: ☐ Muito positiva ☐ Positiva ☐ Pouco positiva ☐ Negativa ☐ Não sabe/não responde  
Expetativas perante a vida presente e futura: ☐ Muito elevadas ☐ Elevadas ☐ Pouco elevadas ☐ Baixas ☐ Não sabe/não responde

## **15 - PROCESSO ESPIRITUAL**

Bem-estar espiritual: ☐ Normal ☐ Alterado (SCORE SPIRITUAL ASSESSMENT SCALE \_\_\_\_\_)  
Crença religiosa: ☐ Não ☐ Sim ☐ Católica ☐ Outra \_\_\_\_\_

## **16 - AUTOCUIDADO**

### 16.1 - Autocuidado: Alimentar-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Cortar e preparar os alimentos					
Abrir e fechar recipientes					
Colocar os alimentos nos talheres e levar à boca					
Pegar e beber por copo ou chávena					
Manipular os alimentos na boca e mastigá-los					
Deglutir e concluir a refeição					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Talheres adaptados				
Babete				
Copo Adaptado				
Ventosa para fixar prato				
Mesa de alimentação para cama				
Prato com rebordo ou rebordo e ventosa				
Palhinha para beber				
Outro (especificar):				

### 16.2 - Autocuidado: Cuidar da Higiene pessoal

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Obter objetos para o banho					
Abrir a torneira/regular temperatura da água					
Aplicar gel e lavar a metade sup. do corpo					
Aplicar gel e lavar a metade inf. do corpo					
Secar a parte superior do corpo					
Secar a parte inferior do corpo					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Assento/banco/cadeira de chuveiro/banheira				
Barra de apoio para banho				
Cadeira higiénica				
Lava cabeças para acamados				
Antiderrapante				
Aplicador de creme/gel				
Esponja lava costas				
Outro (especificar):				

### 16.3 - Autocuidado: Arranjar-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Pentear ou escova os cabelos					
Barbear-se					
Aplicar maquilhagem					
Cortar/cuidar das unhas das mãos					
Cortar/cuidar das unhas dos pés					
Usar o espelho					
Aplicar desodorizante					
Manter a higiene oral/lava os dentes					
Manter o nariz desobstruído e limpo					



Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Espremedor de tubos				
Pente de cabo longo				
Espelho inclinável				
Outro (especificar):				

#### 16.4 - Autocuidado: Vestir-se ou Despir-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Escolher as roupas					
Retirar as roupas da gaveta ou armário					
Vestir/despir a parte superior do corpo					
Vestir/despir a parte inferior do corpo					
Abotoar/desabotoar as roupas					
Usar fechos/velcros					
Calçar/descalçar meias					
Calçar/descalçar sapatos/chinelos					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Abotoador				
Calçadeira de cabo longo para sapatos				
Calçadeira de meias e peúgas				
Cordões elásticos				
Utensílios para ajudar a vestir				
Extensões para fechos de correr				
Vestuário adaptado à condição de dependência				
Outro (especificar):				

#### 16.5 - Autocuidado: Usar o Sanitário

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Despir as roupas					
Posicionar-se na sanita/arrastadeira					
Fazer a higiene íntima após urinar/evacuar					
Erguer-se da sanita					
Vestir as roupas					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Alteador de sanita				
Arrastadeira				
Barra de apoio sanitário				
Cadeira sanitária				
Cueca impermeável				
Dispositivo urinário				
Penso absorvente para incontinência				
Resguardo				
Saco de urina/colostomia/ileostomia				
Urinol				
Outro (especificar):				

### 16.6 - Autocuidado: Auto Elevar-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Erguer-se da posição horizontal					
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio					
Colocar-se na posição vertical c/ equilíbrio e preparado para andar					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Cama articulada				
Cama regulável em altura				
Trapézio				
Almofada elevatória				
Degrau/apoio de pés				
Outro (especificar):				

### 16.7 - Autocuidado: Virar-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Mover ligeira/ o corpo aliviando zonas pressão					
Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos					
Posicionar-se c/ alinhamento correto do corpo					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Grades laterais de apoio				
Trapézio				
Almofadas				
Colchão anti- escara				
Almofada de gel				
Suporte de roupa e pés				
Outro (especificar):				

### 16.8 - Autocuidado: Transferir-se

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Erguer-se da posição horizontal					
Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio					
Deslocar-se da cama para a cadeira					
Sentar-se na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Barra de apoio				
Cama articulada				
Cama regulável em altura				
Elevador de transferência				
Tábua de transferência				
Cinto de transferência				
Outro (especificar):				

**16.9 - Autocuidado: Andar**

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo c/ equilíbrio					
Mover-se com marcha eficaz					
Subir e descer degraus de forma eficaz					
Andar em aclives e declives de forma eficaz					
Percorrer pequenas distâncias dentro do quarto					
Percorrer distâncias moderadas (ex. corredor)					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Andarilho				
Bengala				
Tripé/pirâmide				
Canadianas				
Prótese				
Ortóteses/tala				
Calçado adequado para andar				
Outro (especificar):				

**16.10 - Autocuidado: Usar a Cadeira de Rodas**

Capacidade para	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Travar e destravar a cadeira					
Colocar patins e braços forma adequada					
Impulsionar a cadeira de forma a mover-se					
Conduzir em velocidade adequada					

Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas	Necessário		Utilizado	
	Não	Sim	Não	Sim
Cadeira rodas hemiplégico: <input type="checkbox"/> direito <input type="checkbox"/> esquerdo				
Cadeira rodas tetraplégico: <input type="checkbox"/> manual <input type="checkbox"/> elétrica				
Cadeira rodas paraplégico: <input type="checkbox"/> manual <input type="checkbox"/> elétrica				
Outra (especificar):				

**16.11 – CAIR** - Risco de queda: ☐ Não ☐ Sim (Score ESCALA DE DOWNTON \_\_\_\_\_)

**17 - Capacidade para gerir o regime**

Capacidade para gerir	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoas	Necessita de Equipamentos	Independente	Potencial desenv/to
Regime medicamentoso					
Padrão alimentar ou Ingestão de Líquidos					
Padrão de exercício					

**18 – Grandes dependentes**

Frequência das mobilizações: \_\_\_\_/semana

Frequência dos posicionamentos/alternância de decúbitos na cama/cadeira: \_\_\_\_/dia

Frequência do levante para cadeira/cadeirão: \_\_\_\_/semana

Frequência da higiene oral: \_\_\_\_/dia ; Administração de líquidos (fora das refeições): ☐ Não ☐ Sim

Frequência de aspiração de secreções: \_\_\_\_/dia; Registo de dejeções: ☐ Não ☐ Sim

Pesquisa de fecalomas: ☐ Não ☐ Sim ; Frequência de massagem da pele das proeminências ósseas: \_\_\_\_/dia

## **Anexo V – Escalas de uso clínico**

### Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (DGS - 15)

Responda **sim** ou **não** consoante se tem sentido na última semana

Questões	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?		1
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	1	
3. Sente a sua vida vazia?	1	
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	1	
5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?		1
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		1
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	1	
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	
11. Pensa que é bom estar vivo(a)?		1
12. Sente-se inútil?	1	
13. Sente-se cheio(a) de energia?		1
14. Sente que a sua situação é desesperada?	1	
15. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	1	
(0-5 sem depressão; >5 depressão) <b>Total</b>		

### Escala de Coma de Glasgow

Abertura dos olhos (O)	
Espontaneamente	4
À fala	3
À dor	2
Nula	1
Resposta verbal (V)	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropriada	3
Incompreensível	2
Nula	1
Resposta motora (M)	
Cumpe ordens	6
Localiza a dor	5
Não localiza a dor (ou fuga à dor)	4
Espasticidade em flexão	3
Espasticidade em extensão	2
Nula	1
Total (O+V+M)	3 - 15

## **Escala de avaliação da Força Muscular**

### **MRC**

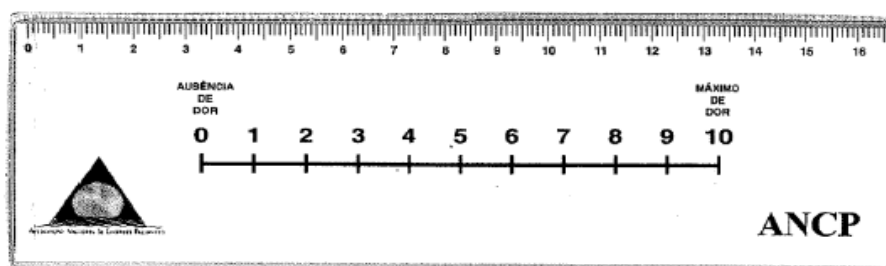
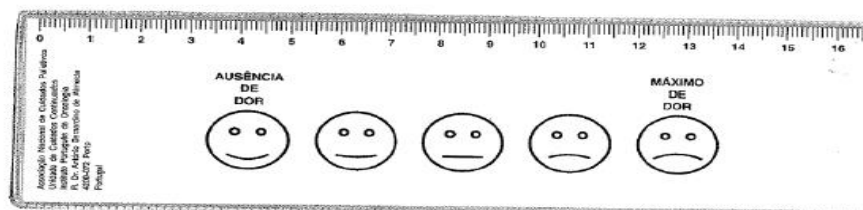
0	Ausência de contração – Paralisia total
1	Esboço de contração visível ou palpável mas sem resultar em movimento
2	Possibilidade de movimentos ativos desde que se elimine a ação da gravidade
3	Possibilidade de movimentos contra a gravidade mas não contra uma resistência adicional
4	Possibilidade de movimentos ativos contra gravidade e contra resistência
5	Força Normal

### Escala de Deglutição de O'Neill

Nível	Caraterísticas
<b>Nível 7</b> - Normal em todas as situações	Dieta normal. Não são necessárias estratégias compensatórias ou maior tempo para a refeição.
<b>Nível 6</b> - Dentro dos limites funcionais /independência modificada	Dieta normal. Deglutição funcional. Pode haver ligeiro atraso na fase oral ou faríngea; Mais tempo para ingerir a refeição; Pode haver desvios leves resolvidos espontaneamente pela pessoa, sem sinais de aspiração com qualquer consistência.
<b>Nível 5</b> – Disfagia leve	Presença de um ou mais dos seguintes: redução da mastigação e retenção oral de alimento com possibilidade de limpeza espontânea; Retenção de alimento na faringe com limpeza espontânea; aspiração só de líquidos finos e com reflexo de tosse forte para limpar completamente a faringe. (Necessita de supervisão)
<b>Nível 4</b> - Disfagia leve/moderada	Presença de um ou mais dos seguintes: Retenção de alimentos na cavidade oral com necessidade de limpeza; Retenção de alimentos na faringe, com limpeza após manobra; aspiração de uma consistência, com reflexo de tosse fraco para limpar completamente a laringe, ou penetração laríngea com tosse com 2 consistências. (Necessárias pistas e manobras específicas).
<b>Nível 3</b> – Disfagia moderada	Presença de um ou mais dos seguintes: Moderada retenção de alimento na cavidade oral, com necessidade de manobra para limpeza; moderada retenção de alimento na faringe com limpeza após manobra; penetração laríngea sem tosse com uma ou mais consistências; aspiração de duas consistências, com reflexo de tosse fraco ou sem reflexo (total assistência)
<b>Nível 2</b> – Disfagia moderadamente severa	Presença de um ou mais dos seguintes: Severa retenção de alimento na faringe, com necessidade de várias manobras de limpeza com ou sem capacidade de fazê-la; Severa perda ou retenção de bolo oral; Aspiração de 2 ou mais consistências, sem reflexo de tosse ou com fraca tosse voluntária. (Tolera apenas a consistência, de uma forma segura, somente com uso de manobras específicas – assistência máxima ou uso de estratégias com dieta oral parcial).
<b>Nível 1</b> - Disfagia severa	Presença de um ou mais dos seguintes: Severa retenção de alimento na faringe sem capacidade para limpá-la; Severa perda do bolo oral, sem capacidade de controlá-lo; aspiração silenciosa com uma ou mais consistências. (Dependente de nutrição não exclusivamente oral, incapacidade para tolerar qualquer alimento por via oral de forma segura).



## Escala Visual analógica de dor



### Escala de Risco de Queda (J. H. Downton)

<b>Quedas anteriores</b>	Não	0	
	Sim	1	
<b>Uso de Medicamentos</b>	Nenhum	0	
	Tranquilizantes/sedativos	1	
	Diuréticos	1	
	Hipotensores não diuréticos	1	
	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepressivos	1	
	Outros medicamentos	1	
<b>Défices sensoriais</b>	Nenhum	0	
	Visuais	1	
	Auditivos	1	
	Extremidades	1	
<b>Estado Mental</b>	Orientado	0	
	Confuso	1	
<b>Deambulação</b>	Normal	0	
	Segura com ajuda	1	
	Insegura com ajuda/sem ajuda	1	
	Impossível	1	
<b>Pontuação – 0-14</b>			
<b>Alto risco de Queda – 3-14</b>			

Questionário de dispneia (Medical Research Council dyspnea Questionnaire)

<p>Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.</p>	
<p><b>GRAU 1</b></p> <p>Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.</p> <p><i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>GRAU 2</b></p> <p>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.</p> <p><i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>GRAU 3</b></p> <p>Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.</p> <p><i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>GRAU 4</b></p> <p>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.</p> <p><i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>GRAU 5</b></p> <p>Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.</p>	<input type="checkbox"/>

## Escala de Avaliação Espiritual

Instruções: Assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação (CT – concorda totalmente; C – concorda; I - indeciso; D – discorda; DT – discorda totalmente).

Quanto Maior a pontuação obtida melhor é na globalidade, o bem-estar espiritual da pessoa.

As duas primeiras sub-escalas (fé pessoal e prática religiosa) são expressas de forma positiva, em que “concorda totalmente” corresponde a 5 pontos; “concorda”- 4 pontos; - “indeciso” – 3 pontos; “discorda” – 2 pontos; e “discorda totalmente” – 1 ponto.

A terceira sub-escala (paz espiritual) é exposta de forma negativa, pelo que os scores são invertidos: “concorda totalmente” corresponde a 1 ponto; “concorda”- 2 pontos; - indeciso” – 3 pontos; “discorda” – 4 pontos; e “discorda totalmente” – 5 pontos.

Score mínimo 21 pontos e máximo 105 pontos.

### A. Fé Pessoal:

1. Há um Ser Supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

2. Eu estou em paz com Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

3. Confio que Deus olha por mim.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

4. Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

5. Acredito que Deus se interessa por todas as actividades da minha vida.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

6. Creio que Deus cuidará do futuro.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

7. As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

### **B. Prática Religiosa:**

8. Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

9. Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

10. Encontro mais satisfação em actividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

11. Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

12. Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

13. A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

14. Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

### **C. Paz Espiritual:**

15. Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

16. Sinto-me “longe” de Deus.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

17. Tenho medo que Deus possa não tomar conta das minhas necessidades.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

18. Fiz algumas coisas que temo Deus não possa perdoar-me.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

19. Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

20. Sinto que perdi o amor de Deus.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

21. Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.

CT\_\_\_\_\_C\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_D\_\_\_\_\_DT\_\_\_\_\_

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

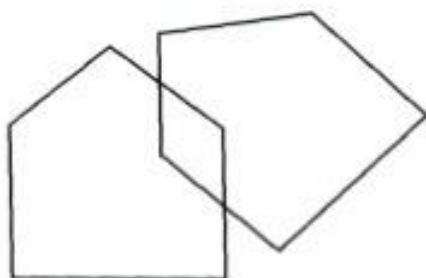
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

<p><b>Considera-se com defeito cognitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos <math>\leq 15</math> pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade <math>\leq 22</math></li><li>• com escolaridade superior a 11 anos <math>\leq 27</math></li></ul>
---



# ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____						
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____						
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.						
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.						
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.						
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.						
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.						
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apólos ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.							
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					<b>Pontuação total</b>					

**Anexo VI – Operacionalização das variáveis do Formulário de  
avaliação da condição de saúde da pessoa idosa**

## Operacionalização das Variáveis

Dimensões	Componentes	Indicadores
Relações familiares, causas e duração da institucionalização	Pessoa /familiar de referência	Sim
		Não
	Motivo de ingresso no lar	Decisão pessoal
		Viver só
		Impossibilidade da família, por complexidade/ intensidade de cuidados
		Falta de vontade da família para tomar conta
		Outros motivos
		Não responde
	Concordância da PI com a decisão	Sim
		Não
	Frequencia de visitas	Várias vezes por semana
		Semanalmente
		Mensalmente
		Esporadicamente
		Sem visitas
	Frequencia de saídas da PI, do lar	Várias vezes por semana
		Semanalmente
		Mensalmente
		Esporadicamente
		Nunca
	Tempo de permanência no Lar (anos)	Valor numérico
Hábitos/estilos de vida: padrão alimentar e ingestão de líquidos	Dieta habitual	Geral
		Dieta
		Outras
	Consistência	Normal
		Mole
		Pastosa

## Operacionalização das Variáveis

		Líquida
		Normal com carne/peixe passado
	Número de refeições diárias	Valor numérico
	Ingestão de alimentos além dos fornecidos	Sim
		Não
	Bebe habitualmente: água, vinho, refrigerantes, chá/cevada, outras bebidas	Sim
		Não
	Bebe água, durante o dia, fora das refeições	Sim
		Não
	Dentição	Completa ou quase completa
		Incompleta
		Sem dentes
	Prótese dentária superior	Sim
	Prótese dentária inferior	Não
Hábitos/estilos de vida: padrão de higiene e asseio pessoal	Frequência semanal do: banho geral, banho parcial, lavagem do cabelo, desfazer a barba, aplicar creme hidratante, aplicar desodorizante ou perfume, aplicar maquiagem	Valor numérico
	Frequência diária de: lavagem das mão, higiene oral, pentear o cabelo	Valor numérico
	Frequência mensal de: ida ao cabeleireiro/barbeiro, arranjar/cortar as unhas das mãos, arranjar/cortar as unhas dos pés	Valor numérico
Hábitos/estilos de vida: padrão de eliminação	Frequência semanal de dejeções	Valor numérico
	Colostomia Urostomia	Sim
		Não
	Continência de fezes e urina	Continente
		Incontinente
	Urgência urinária	Sim

## Operacionalização das Variáveis

	Incontinência de esforço	Não
	Algaliação	
	Local habitual das dejeções	Wc/sanita/cadeira sanitária
		Fralda
		Saco de colostomia
	Local habitual das micções	WC/sanita/cadeira/arrastadeira/u rinol
		Fralda
		Sanita de dia, fralda de noite
		Saco coletor
		Não urina
	Uso de equipamentos adaptativos: fralda	Sim
		Só de noite
		Não
	Uso de equipamentos adaptativos: cueca impermeável e penso de incontinência	Sim
		Não
Hábitos/estilos de vida: padrão de exercício	Pratica regular de exercício	Sim
		Não
	Tipo de exercício: caminhada, ginástica, hidroginástica, outro	Sim
		Não
	Frequencia semanal de exercício	Valor numérico
Hábitos/estilos de vida: atividades de lazer	Realiza atividades de lazer	Sim
		Não
		Sem capacidade
	Atividades: jogos de cartas/tabuleiro, trabalhos manuais, ver televisão, passear, ler, ouvir música/rádio, outras atividades	Sim
		Não
Padrão de sono e	Horas de sono	Valor numérico
	Hora habitual de deitar/levantar	Sim
		Não
	Hábitos de sesta	Sim
		Não

## Operacionalização das Variáveis

repouso	Toma de medicação para dormir	Sim
		Não
	Prepara-se para dormir	Sim
		Não
	Prepara-se para dormir: vestir pijama/camisa de dormir, ir ao wc, trocar fralda, colocar fralda, apagar a luz, outras medidas	Sim
		Não
	Sentir-se descansado depois de dormir	Sim
		Não
	Alterações do sono	Sim
		Não
	Alterações do sono: dificuldade em adormecer, acorda cedo	Sim
		Não
	As condições ambientais dificultam o sono/repouso	Sim
		Não
Condições que dificultam o sono: ruído, luminosidade, calor, frio, outras	Sim	
	Não	
Hábitos de consumo de substâncias	Consumo de substâncias	Sim
		Não
	Consumo de substâncias: tabaco, álcool, outros	Sim
		Não
Vigilância de saúde	Consultas de vigilância fora do lar	Sim
		Não
	Periodicidade das consultas/ano	Valor numérico
	Consultas regulares no dentista	Sim
Não		
Condição de saúde: processos corporais (complicações reais e potenciais)	Antecedentes clínicos relevantes	Sim
		Não
	Antecedentes: AVC, cirurgia ortopédica, cirurgia cardíaca, outros	Sim
		Não
	Doenças crónicas	Sim
		Não
Doenças crónicas: hipertensão,	Sim	

## Operacionalização das Variáveis

	diabetes tipo I e II, DPOC, doença cardíaca, dislipidemia, IRC, depressão, doença oncológica, demência, outras doenças	
		Não
	Adere às recomendações terapêuticas	Sim
		Não
		Sem capacidade
	Consumo de medicamentos	Sim
		Não
	Variedade de fármacos/dia, N° de tomas diárias, n° de fármacos por toma	Valor numérico
	Episódios de recurso ao SU e episódios de internamento por agudização de doença crónica no último ano	Valor numérico
	Dor	Presente
		Ausente
	Dor presente: Score da EVA	Valor numérico (0-10)
	Dispneia	Sim
		Não
	Dispneia presente: Questionário de dispneia do MRC	Valor numérico (1-5)
	Presença de secreções	Sim
		Não
	Expetorar	Eficaz
		Ineficaz
	Deglutição	Comprometida
		Não comprometida
	Deglutição comprometida: score escala de O'Neill	Valor numérico (7-1)
	Sinais de desidratação Magreza excessiva Obesidade Obstipação	Sim
		Não
	Força muscular	Normal

## Operacionalização das Variáveis

		Diminuída
	Força muscular diminuída: score MRCS no MSD, MSE, MID e MIE	Valor numérico (5-0)
	Amplitude articular	Normal
		Diminuída
	Tónus muscular	Normal
		Diminuído (flacidez)
		Aumentado (Espasticidade, rigidez)
	Equilíbrio sentado e em pé	Sim
		Não
	Úlcera por pressão	Sim (localização)
		Não
	UP presente- localização: occipital, omoplata, cotovelo, sacro, trocânter, maléolo, calcâneo, outra	Sim
		Não
	Outras feridas	Sim (tipo de ferida)
		Não
	Tipo de ferida: cirúrgica, traumática, outra	Sim
		Não
Condição de saúde: Processo psicológico	Estado de consciência	Normal
		Alterado
	Estado de consciência alterado: score ECG	Valor numérico (15-3)
	Depressão – score escala de depressão	Valor numérico (0-5 sem



## Operacionalização das Variáveis

	geriátrica, versão reduzida (DGS -15)	depressão;> 5 com depressão)
	Estado mental	Normal
		Alterado
	Estado cognitivo	Normal
		Alterado
	Estado cognitivo alterado: Score MMSE	Valor numérico (0-30; com déficit cognitivo: analfabetos $\leq$ 15, 1 a 11 anos de escolaridade $\leq$ 22 e com escolaridade superior a 11 anos $\leq$ 27)
Sensações	Acuidade visual	Normal
		Diminuída
		Cegueira
	Acuidade auditiva	Normal
		Diminuída
		Surdez
	Uso de auxiliares de visão	Sim
	Uso de prótese auditiva	Não
Processo espiritual	Bem-estar espiritual	Normal
		Alterado
	Score SAS	Valor numérico (21-105)
	Crença religiosa	Sim
		Não
	Crença religiosa: católica, outra	Sim
		Não
Nível de dependência no autocuidado: alimentar-se	Cortar e preparar os alimentos Abrir e fechar recipientes Colocar os alimentos nos talheres e levar à boca Pegar e beber por copo ou chávena Manipular os alimentos na boca e mastigá-los Deglutir e concluir a refeição	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado:	Obter objetos para o banho Abrir a torneira/regular a temperatura	Dependente em grau elevado (não participa)

## Operacionalização das Variáveis

cuidar da higiene pessoal	da água Aplicar gel e lavar a metade superior do corpo Aplicar gel e lavar a metade inferior do corpo Secar a parte superior do corpo Secar a parte inferior do corpo	Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: arranjar-se	Pentear os cabelos Barbear-se/aplicar maquilhagem Cortar/cuidar das unhas das mãos Cortar/cuidar das unhas dos pés Usar o espelho Aplicar desodorizante Manter higiene oral/lavar os dentes Manter o nariz desobstruído e limpo	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: vestir-se ou despir-se	Escolher as roupas Retirar as roupas da gaveta/armário Vestir/despir a parte superior do corpo Vestir/despir a parte inferior do corpo Abotoar/desabotoar as roupas Usar fechos/velcros Calçar/descalçar meias Calçar/descalçar sapatos/chinelos	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: usar o sanitário	Despir as roupas Posicionar-se na sanita/cadeira/arrastadeira Fazer a higiene íntima após urinar/evacuar Erguer-se da sanita Vestir as roupas	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: Auto elevar-se	Erguer-se da posição horizontal Mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio Colocar-se na posição vertical preparado para andar	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente

## Operacionalização das Variáveis

Nível de dependência no autocuidado: virar-se	Mover ligeiramente o corpo aliviando as zonas de pressão Rodar o corpo de forma a alternar decúbitos Posicionar-se com alinhamento correto do corpo	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: transferir-se	Erguer-se da posição horizontal Mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio Deslocar-se da cama para a cadeira Sentar-se na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: andar	Colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio Mover-se com marcha eficaz Percorrer pequenas distâncias dentro do quarto Percorrer distâncias moderadas (ex. corredor) Subir e descer degraus de forma eficaz Andar em aclives e declives de forma eficaz	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Nível de dependência no autocuidado: andar em cadeira de rodas	Travar e destravar a cadeira Colocar os patins e braços Impulsionar a cadeira de forma a mover-se Conduzir em velocidade adequada	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Capacidade para gerir o regime terapêutico	Capacidade para gerir o regime medicamentoso Capacidade para gerir o regime alimentar Capacidade para gerir o regime de exercício	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos)

## Operacionalização das Variáveis

		Independente
Nível global de dependência no autocuidado	Autocuidado: alimentar-se Autocuidado: cuidar da higiene pessoal Autocuidado: arranjar-se Autocuidado: vestir-se ou despir-se Autocuidado: usar o sanitário Autocuidado: auto elevar-se Autocuidado: virar-se Autocuidado: transferir-se Autocuidado: andar	Dependente em grau elevado (não participa) Dependente em grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente em grau reduzido (necessita de equipamentos) Independente
Potencial para o desenvolvimento	Autocuidado: alimentar-se, potencial de desenvolvimento	Sim
	Autocuidado: cuidar da higiene pessoal, potencial de desenvolvimento Autocuidado: arranjar-se, potencial de desenvolvimento Autocuidado: vestir-se ou despir-se, potencial de desenvolvimento Autocuidado: usar o sanitário, potencial de desenvolvimento Autocuidado: auto elevar-se, potencial de desenvolvimento Autocuidado: virar-se, potencial de desenvolvimento Autocuidado: transferir-se, potencial de desenvolvimento Autocuidado: andar, potencial de desenvolvimento	Não
Produtos de apoio/ajudas técnicas, necessários e utilizados	<i>Autocuidado: alimentar-se</i> Talheres adaptados Babete Copo adaptado Prato com rebordo/ventosa Mesa de refeição para cama Palhinha para beber Outro	Necessário Sim/ Não  Utilizado Sim/Não
	<i>Autocuidado: higiene</i>	Necessário Sim/ Não

## Operacionalização das Variáveis

	Assento de chuveiro/banheira Barra de apoio Cadeira higiênica Lava cabeças para acamados Antiderrapante Aplicador de creme/gel Esponja lava costas Outro	Utilizado Sim/Não
	<i>Autocuidado arranjar-se</i> Espremedor de tubos Pente de cabo longo Espelho inclinável	Necessário Sim/ Não  Utilizado Sim/Não
	<i>Autocuidado vestir-se ou despir-se</i> Abotoador Calçadeira de cabo longo para sapatos Calçadeira de meias e peúgas Cordões elásticos Utensílios para ajudar a vestir Extensões para fechos de correr Vestuário adaptado à condição de dependência Outro	Necessário Sim/ Não  Utilizado Sim/Não
	<i>Autocuidado: usar o sanitário</i> Alteador de sanita Barra de apoio Cadeira sanitária Arrastadeira Urinol Cueca impermeável Dispositivo urinário Penso para incontinência Resguardo Saco de urina/ostomia Outro	Necessário Sim/ Não  Utilizado Sim/Não
	<i>Autocuidado: auto elevar-se</i> Cama articulada Cama regulável em altura	Necessário Sim/ Não  Utilizado Sim/Não

## Operacionalização das Variáveis

	<p>Trapézio</p> <p>Almofada elevatória</p> <p>Outro</p>	
	<p><i>Autocuidado: virar-se</i></p> <p>Grades laterais de apoio</p> <p>Trapézio</p> <p>Almofadas</p> <p>Colchão anti-escara</p> <p>Almofada de gel</p> <p>Suporte de roupa e pés</p>	<p>Necessário Sim/ Não</p> <p>Utilizado Sim/Não</p>
	<p><i>Autocuidado: transferir-se</i></p> <p>Barra de apoio</p> <p>Cama articulada</p> <p>Cama regulável em altura</p> <p>Elevador de transferência</p> <p>Tábua de transferência</p> <p>Cinto de transferência</p> <p>Outro</p>	<p>Necessário Sim/ Não</p> <p>Utilizado Sim/Não</p>
	<p><i>Autocuidado: andar</i></p> <p>Andarilho</p> <p>Bengala</p> <p>Tripé/pirâmide</p> <p>Canadianas</p> <p>Prótese</p> <p>Ortótese/tala</p> <p>Calçado adequado</p>	<p>Necessário Sim/ Não</p> <p>Utilizado Sim/Não</p>
Grau de satisfação	<p>Grau de satisfação com a alimentação</p> <p>Grau de satisfação com a higiene</p> <p>Grau de satisfação com a eliminação</p> <p>Grau de satisfação coma oferta de exercício</p> <p>Grau de satisfação com a oferta de atividades de lazer</p> <p>Grau de satisfação com o sono/repouso</p> <p>Grau de satisfação com o seu aspeto geral</p> <p>Grau de satisfação com o</p>	<p>Não sabe/não responde</p> <p>Nada satisfeito</p> <p>Pouco satisfeito</p> <p>Satisfeito</p> <p>Muito satisfeito</p>

## Operacionalização das Variáveis

	acompanhamento/vigilância de saúde	
Atitude e satisfação com a vida e preocupação com a saúde	Satisfação com a vida	Não sabe/não responde Nada satisfeito Pouco satisfeito Satisfeito Muito satisfeito
	Atitude perante a vida	Não sabe/não responde Negativa Pouco positiva Positiva Muito positiva
	Expetativas perante a vida presente e futura	Não sabe /não responde Baixas Pouco elevadas Elevadas Muito elevadas
	Preocupação com a saúde	Não sabe/não responde Nada preocupado Pouco preocupado Preocupado Muito preocupado
Respeito pela individualidade e dignidade da PI, incentivo à autonomia e participação	É tido em conta o seu gosto/preferência pessoal	Sim
		Não
	Quem decide o local das refeições Quem escolhe a roupa que vai vestir Quem decide frequencia e local do banho	PI
		Lar
	Incentivam-na a lavar as partes do corpo que é capaz Incentivam-na a usar o sanitário Incentivam-na a arranjar-se Incentivam-na a vestir-se	Sempre
		Às vezes
		Nunca
		Dispensável
		Inútil
	Condição de higiene e asseio	Boa
		Deficitária

## Operacionalização das Variáveis

	Higiene deficitária: odores corporais, unhas compridas/sujas, má higiene oral, secreções oculares, sujidade corporal visível, cabelo despenteado	Sim
		Não
	Condição de vestuário	Boa
		Deficitária
	Condição de vestuário deficitária: roupa suja, desabotoada, ou rota/descosida; roupa inadequada à temperatura, à condição antropométrica e à condição de dependência	Sim
		Não
Cuidados aos acamados	<p>Frequência semanal das mobilizações</p> <p>Frequência semanal do levantar para cadeirão</p> <p>Frequência diária dos posicionamentos/alternância de decúbitos</p> <p>Frequência diária de massagem da pele nas proeminências ósseas</p>	Valor numérico
	Via de fornecimento dos alimentos	Oral
		SNG
		PEG
	<p>Administração de água ao longo do dia</p> <p>Registo de dejeções</p> <p>Pesquisa de fecalomas, em SOS</p>	Sim
		Não
	Local do banho geral	Cama
		Chuveiro
		Cama e 1 x semana no chuveiro
		Cama e 1x mês no chuveiro



**Anexo VII – Modelo dos pedidos de autorização para a realização do estudo**



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exmo/a Senhor(a)  
Presidente da Direção

04 de outubro de 2013

V.Ref:

Nº Ref: [CIIS] - 203/ 2013

Assunto: Pedido de colaboração para investigação

Estamos a contactá-lo(a) para pedir a sua preciosa colaboração numa investigação a desenvolver nos Lares de Idosos em Portugal. Para este estudo necessitamos de conhecer a situação de saúde das pessoas residentes em Lares de Idosos, o que nos permitirá avaliar os custos institucionais com a sua assistência e a necessidade de apoio dos serviços de saúde a este tipo de instituições.

Com esta carta venho pedir que a instituição que dirige participe neste estudo. Ao aceitar participar, será enviado o protocolo do estudo e fornecidos todos os pormenores, mas desde já informo que:

- os dados serão utilizados no relatório de investigação, particularmente na tese de doutoramento de Manuela Machado, podendo merecer divulgação parcelar em publicações científicas;
- em caso algum serão divulgados resultados específicos de qualquer utente ou instituição; a divulgação será sempre apresentada de forma agregada e depois de trabalhada estatisticamente;
- este estudo será realizado de acordo com todos os preceitos éticos e legais e tem aprovação da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

O seu contributo é fundamental mas completamente livre e voluntário, podendo desistir em qualquer momento. A nossa retribuição é apenas a publicitação por vários meios da comunicação social das instituições que aceitaram colaborar, demonstrando a sua preocupação com o bem estar dos seus utentes e o seu contributo à investigação.

Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo antes de aderir, pode contatar-nos por email ou telefone.

Agradecemos desde já a colaboração que possam dispensar-nos,

Com os nossos melhores cumprimentos

Pel' A Direção do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

  
Doutora Margarida Vieira  
(Coordenadora da investigação)  
[mmvieira@porto.ucp.pt](mailto:mmvieira@porto.ucp.pt)

## **Anexo VIII – Utilização de produtos de apoio por domínio de autocuidado**

## Taxa de utilização de produtos de apoio, por produto e por tipo de autocuidado

Produtos de apoio (PA) considerados necessários /utilizados e taxa de utilização de cada produto, por tipo de autocuidado; número de produtos de apoio considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização dos produtos de apoio considerados necessários, face à dependência da pessoa idosa em cada tipo de autocuidado.

### 1. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado alimentar-se

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado alimentar-se, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Alimentar-se	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Talheres adaptados	19	8	42,1%
Babete	367	360	98,0%
Copo adaptado	24	11	45,8%
Ventosa para fixar o prato	6	0	00,0%
Mesa alimentação para cama	43	31	72,1%
Prato com rebordo/ventosa	29	2	6,9%
Palhinha	6	5	83,3%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado alimentar-se.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado alimentar-se
,00	712	63,0	92,8%
1,00	314	27,8	
2,00	84	7,4	
3,00	13	1,1	
4,00	5	,4	
5,00	3	,3	
Total	1131	100,0	

## 2. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado higiene

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado higiene, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Higiene	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Assento para chuveiro/banheira	452	150	33,2%
Barra de apoio para banho	517	472	91,3%
Cadeira higiênica	339	301	88,8%
Lava cabeças para cama	74	32	43,2%
Antiderrapante	509	295	57,9%
Aplicador de creme ou gel	10	5	50,0%
Esponja lava costas	346	17	4,9%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado higiene.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado higiene
,00	234	20,7	66,2%
1,00	306	27,1	
2,00	134	11,8	
3,00	163	14,4	
4,00	285	25,2	
5,00	8	,7	
25,00	1	,1	
Total	1131	100,0	

### 3. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado arranjar-se

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado arranjar-se, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Arranjar-se	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Pente de cabo longo	10	0	00,0%
Espelho inclinável	1	0	00,0%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado arranjar-se.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado arranjar-se
,00	1121	99,1	00,0%
1,00	9	,8	
2,00	1	,1	
Total	1131	100,0	

### 4. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado vestir/despir

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado vestir/despir, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Vestir/despir	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Abotoador	5	1	20,0%
Calçadeira de cabo longo	105	20	19,0%
Calçadeira de meias e peúgas	98	5	5,1%
Cordões elásticos	7	2	28,6%
Utensílio para ajudar a vestir	14	3	21,4%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado vestir-despir.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado vestir/despir
,00	670	59,2	11,7%
1,00	34	3,0	
2,00	218	19,3	
3,00	195	17,2	
4,00	14	1,2	
Total	1131	100,0	

## 5. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado usar o sanitário

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado usar o sanitário, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Usar o sanitário	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Alteador de sanita	98	9	9,2%
Arrastadeira	14	6	42,8%
Barra de apoio sanitário	204	182	89,2%
Cadeira sanitária	36	10	27,7%
Cueca impermeável	187	85	45,4%
Dispositivo urinário	10	0	00,0%
Penso de incontinência	64	58	90,6%
Resguardo salva cama	223	225	100,9%
Saco urina/colostomia/ileostomia	35	28	80,0%
Urinol	61	52	85,2%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado usar o sanitário.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado usar o sanitário
,00	541	47,8	76,7%
1,00	362	32,0	
2,00	132	11,7	
3,00	78	6,9	
4,00	14	1,2	
5,00	3	,3	
7,00	1	,1	
Total	1131	100,0	

## 6. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado Auto elevar

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado auto elevar, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Auto elevar	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Cama articulada	448	413	92,2%
Cama regulável em altura	446	53	11,9%
Trapézio	185	27	14,6%
Degrau/apoio de pés	1	2	200,0%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado auto elevar.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado Auto elevar
,00	650	57,5	48,1%
1,00	30	2,7	
2,00	283	25,0	
3,00	168	14,9	
Total	1131	100,0	



## 7. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado virar-se

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado virar-se, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Virar-se	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Grades laterais de apoio	466	456	97,8%
Trapézio	92	24	26,0%
Almofadas	272	261	95,9%
Colchão anti- escara	344	185	53,7%
Almofada de gel	393	130	33,0%
Suporte de roupa/pés	267	11	4,1%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado virar-se.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado Virar-se
,00	592	52,3	63,5%
1,00	124	11,0	
2,00	59	5,2	
3,00	49	4,3	
4,00	109	9,6	
5,00	179	15,8	
6,00	19	1,7	
Total	1131	100,0	

## 8. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado transferir-se

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado transferir-se, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Transferir	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Barra de apoio	134	70	52,2%
Cama articulada	443	395	89,1%
Cama regulável em altura	418	54	12,9%
Elevador de transferência	109	51	46,8%
Tábua de transferência	7	1	14,3%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado transferir-se.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado Transferir-se
,00	670	59,2	53,7%
1,00	34	3,0	
2,00	218	19,3	
3,00	195	17,2	
4,00	14	1,2	
Total	1131	100,0	

## 9. Utilização de Produtos de apoio - Autocuidado andar

PA considerados necessários e utilizados para o autocuidado andar, por pessoa idosa e taxa de utilização por produto.

Andar	Necessário	Utilizado	Taxa utilização /produto
Andarilho	134	83	61,9%
Bengala	222	185	83,3%
Pirâmide /tripé	11	3	27,2%
Canadianas	61	61	100,0%
Prótese	1	0	00,0%
Ortótise/ tala	3	3	100,0%
Calçado adequado	530	317	59,8%

Número de PA considerados necessários por pessoa idosa e taxa média de utilização, face ao autocuidado andar.

Nº PA necessários, por idoso dependente	Frequência	%	Taxa média de utilização de PA considerados necessários para o autocuidado andar
,00	592	52,3	67,3%
1,00	124	11,0	
2,00	407	36,0	
3,00	8	,7	
Total	1131	100,0	

## **Anexo IX – Recodificação da variável incentivo para o autocuidado**

## Recodificação das variáveis de incentivo ao autocuidado

As variáveis incentivam-no a lavar as partes do corpo que é capaz, incentivam-no a usar o sanitário, incentivam-no a arranjar-se e incentivam-no a vestir-se, tinham inicialmente os indicadores: sempre, às vezes, nunca, dispensável e inútil, conforme se pode observar na tabela de resultados seguinte.

**Tabela 1 – Incentivo ao autocuidado.**

		n	%
Incentivam-no a lavar as partes do corpo que é capaz	Sempre	33	2,9%
	Às vezes	28	2,5%
	Nunca	724	64,0%
	Dispensável	227	20,1%
	Inútil	119	10,5%
Incentivam-no a usar o sanitário	Sempre	6	0,5%
	Às vezes	31	2,7%
	Nunca	619	54,7%
	Dispensável	317	28,0%
	Inútil	158	14,0%
Incentivam-no a arranjar-se	Sempre	6	0,5%
	Às vezes	38	3,4%
	Nunca	805	71,2%
	Dispensável	146	12,9%
	Inútil	136	12,0%
Incentivam-no a vestir-se	Sempre	51	4,5%
	Às vezes	77	6,8%
	Nunca	519	45,9%
	Dispensável	349	30,9%
	Inútil	135	11,9%

Posteriormente foram recodificadas como se pode observar no quadro que a seguir se apresenta: os indicadores *sempre*, *às vezes* e *nunca* deram origem à variável *necessita de incentivo*; e os indicadores, *dispensável* e *inútil* deram origem à variável *não necessita de incentivo*.

À variável *necessita de incentivo*, foram atribuídos os indicadores *recebe incentivo* (que corresponde aos indicadores, *sempre* e *às vezes*, da variável anterior) e *não recebe incentivo* (correspondente aos casos que nunca recebem incentivo).

**Quadro1: Esquema de recodificação das variáveis de incentivo ao autocuidado.**

Incentivam-no a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar as partes do corpo que é capaz</li> <li>• Usar o sanitário</li> <li>• Arranjar-se</li> <li>• Vestir-se</li> </ul>	Sempre	Necessita de incentivo	Recebe incentivo
	Às vezes		
	Nunca		Não recebe incentivo
	Dispensável	Não necessita de incentivo	
	Inútil		

Nas tabelas seguintes apresentam-se os resultados obtidos, de acordo com a nova codificação (tabelas 2 e 3).

**Tabela 2 – Necessidade de incentivo para o autocuidado**

	Não necessita de incentivo		Necessita de incentivo	
	n	%	n	%
Lavar partes do corpo	346	30,6	785	69,4
Usar o sanitário	475	42,0	656	58,0
Arranjar-se	282	24,9	849	75,1
Vestir-se	484	42,8	647	57,2

**Tabela 3 – Incentivo recebido pelas PI que necessitam de incentivo para o autocuidado**

Necessita de incentivo	Recebe incentivo		Não recebe incentivo	
	n	%	n	%
Lavar partes do corpo	61	7,8	724	92,2
Usar o sanitário	37	5,6	619	94,4
Arranjar-se	44	5,2	805	94,8
Vestir-se	128	19,8	519	80,2

## **Anexo X – Caraterização dos lares**

## Caracterização dos Lares

Informações gerais												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Capacidade	112	110	100	150	300	120	120	96	122	80	98	88
Lotação	109	109	94	150	260	113	100	94	122	77	92	85
Direção Técnica	Psicóloga	Assistente Social	Psicólogo	Assistente social	Assistente Social	Psicóloga	Assistente Social	Psicóloga	Animador a Social	Engenheira	Socióloga	Assistente social
Natureza jurídica	IOR (1)	SCM (2)	SCM	ASS (3)	ASS	IPSS (4)	CSP (5)	SCM	SCM	FSS (6)	SCM	SCM
Regime de visitas	Horário fixo	Horário flexível	Horário flexível	Horário Fixo (diariamente das 14 às 16h)	Horário fixo na enfermaria (diariamente das 14 às 17H) e livre nas restantes modalidades	Horário fixo	Horário fixo, para visita nos quartos e flexível na sala de convívio	Horário fixo	Horário livre	Horário fixo	Horário fixo	Horário fixo
Controlo de entradas e saídas dos residentes	Sim – Porteiro	Não	Não - Devem informar verbalmente	Sim – Porteiro. Deixam cartão na portaria, se dormem fora tem que preencher uma ficha na secretaria	Não - só devem avisar se não vierem dormir	Sim - Cartão	Sim - Porteiro	Sim - Porteiro	Não	Sim – Animadora	Sim - A porta está fechada. Tem que solicitar abertura para sair e com família assinam termo.	Só quando saem o dia todo ou mais. Para ir à rua, não.

(1) Instituto Ordem Religiosa; (2) Santa Casa da Misericórdia; (3) Associação de solidariedade social; (4) Instituição particular de solidariedade social; (5) Centro social paroquial; (6) Fundação de solidariedade social



## Caracterização dos Lares

Edifício residencial												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Acessibilidade exterior PMC	Sim	Degraus e rampa com inclinação adequada	Degraus, piso irregular, rampa com inclinação elevada	Degraus e rampa, com muita inclinação, não permitem o acesso autónomo de PMC.	Tem piso irregular, degraus e rampa com inclinação adequada	Sim	Degraus e rampa com inclinação adequada	Sim	Não. Piso irregular	Não. Degraus e sem rampa	Sim	Não. Degraus, piso irregular e declives
Acessibilidade interior PMC	Portas com dimensões reduzidas, degraus entre divisões, divisões reduzidas, camas reguláveis em altura só se os residentes as adquirirem	Degraus entre divisões.  Camas não reguláveis em altura	Camas não reguláveis em altura, divisões com dimensões reduzidas.	Degraus entre divisões, divisões pequenas para o nº de camas e portas estreitas. Camas reguláveis em altura só adquirida pelos residentes.	Tem portas com dimensões reduzidas, degraus entre divisões, camas reguláveis em altura só na enfermaria	Degraus entre as divisões, portas e divisões com dimensões reduzidas  Camas não reguláveis em altura.	Degraus entre as divisões. Camas não reguláveis em altura.	Sim em alguns quartos	Degraus entre as divisões e camas não reguláveis em altura	Degraus entre as divisões e camas não reguláveis em altura	Sim em alguns quartos	Degraus entre divisões, divisões com dimensões reduzidas e rampas com inclinação muito acentuada, no interior do lar.
Aquecimento	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

## Caracterização dos Lares

Ar condicionado		Não	Não	Não	Não	Não	Sim, na sala de convívio	Sim, nas áreas comuns	Sim	Não	Sim	Sim no piso dos acamados
Sala de convívio/estar	Sim, várias	Sim, duas	Sim uma	Sim, várias	Sim várias	Sim várias	Sim, várias	Sim, várias	Sim várias	Sim, duas. (Homens e mulheres)	Sim, Uma	Sim, várias
Refeitório	Sim, vários	Sim, vários	Sim, só um	Sim, só um	Sim, só um	Sim, vários	Sim só um	Sim, mas só num piso	Sim vários	Sim dois	Sim, só um	Sim vários
Capela	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Gabinete médico	Sim	Sim*	Sim*	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim*	Sim
Gabinete de enfermagem	Sim	Sim* (sala única, grande, de uso comum ao enfermeiro e médico)	Sim* (comum ao médico e enfermeiro)	Sim	Sim	Sim*	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim*	Sim
Sala de tratamentos	Sim	Sim*	Sim	Sim	Sim	Sim* (no mesmo espaço)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim* (funcionam no mesmo espaço)	Sim
Farmácia	Não – os medicamentos estão no gabinete de enfermagem	Não os medicamentos estão no gabinete médico e de enfermagem	Sim	Não – os medicamentos estão no gabinete de enfermagem	Não – os medicamentos estão no gabinete de enfermagem	Não. A medicação está no gabinete de enfermagem/sala de tratamentos.	Não. A medicação está armazenada no gabinete de enfermagem.	Não. A medicação está no gabinete de enfermagem	sim	Não. A medicação está no gabinete de enfermagem	Não a medicação também está armazenada no mesmo gabinete	Não. A medicação está no gabinete de enfermagem

## Caracterização dos Lares

Ginásio	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Outros serviços de apoio	Cozinha, lavanderia	Cozinha, Lavanderia (dá apoio ao lar e outras valências)	Cozinha e lavanderia, são serviços comuns ao hospital	Biblioteca, gabinete de psicologia, lavanderia, roupa, cozinha e oficinas de manutenção	Bar, lavanderia, cozinha, Cabeleireiro	Cozinha e lavanderia	Cabeleireiro/barbeiro, cozinha e lavanderia	Cozinha, lavanderia, clínica de fisioterapia, comuns as unidades de cuidados continuados	Cozinha, lavanderia e quintal	Cozinha, lavanderia e quintal	Lavanderia. As refeições vêm prontas da cozinha comum a outras valências da SCM, cabeleira	Lavanderia, cozinha e capela mortuária
Tipo de quartos	Individual com e sem WC; duplo; triplo; suite e enfermaria de homens e mulheres, com 3 e 5 camas. Em alguns quartos permitem mobiliário próprio	Quartos individuais com WC, duplos e triplos com e sem Wc. Não permitem mobiliário próprio	Quartos individuais, duplos, triplos e quádruplos, todos com WC  Enfermaria só com 2 camas para utilização temporária. Não permitem mobiliário próprio	Quartos individuais, duplos, triplos e quádruplos enfermaria de homens e mulheres, em alguns quartos permitem mobiliário próprio	Suites, quartos individuais com Wc, duplos e triplos.  Enfermaria com 60 camas (3 por quarto) algumas de ocupação temporária, outras definitivas na enfermaria não permitem mobiliário próprio	Suites, quartos individuais com wc, quartos duplos e triplos; enfermaria de homens e mulheres com 5 camas. Em alguns quartos permitem mobiliário próprio	Quartos de casal e individuais com e sem wc, suites; quartos duplos e triplos; Em alguns quartos permitem mobiliário próprio e só admitem pessoas casadas se entrar o casal.	Quartos individuais, duplos e triplos, alguns com wc.  Em alguns quartos permitem mobiliário próprio	Quartos individuais com e sem wc; duplos, triplos e quádruplos. Não permitem mobiliário próprio	Quartos individuais com e sem Wc; triplos, não permitem mobiliário próprio, nem TV, nem comida nos quartos partilhados	Suites, quartos individuais, duplos e triplos, com e sem wc. Em alguns quartos permitem mobiliário próprio	Quartos duplos e triplos com e sem wc. No piso dos acamados com 4 e 5 camas.  Não permitem mobiliário próprio.

## Caracterização dos Lares

Alimentação												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Nº de refeições	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5
Horário das refeições	9H 12H 16H 19H 22H	8,30 /9 H 11,30/ 12 H 15,30 /16 H 18,30 /19 H 22 H	8,30 /9 H 11,30/ 12 H 15,30 /16 H 18,30 /19 H 22 H	8,45 H 11,30/ 12 H 16 H 19 H 22,30 H	9 H 12/13 H 15/16 H 18/19 H	9 H 12H 15H 18H	9H 12,30H 16H 19H 22H	8,30/10 H 12/13,30 H 16/17,30 H 19/20,30 H 22 H	9 H 12,30H 16H 19H 22H	9H 12,30H 16H 19H	8,30/9 H 11,30/12,30 14,30/15,30 18,30/19,30 21 H	9H 12H 15H 18H 21H
Dietas disponíveis	Geral	Geral e cozidos/grelhados	Geral e cozidos/grelhados	Geral Sem sal e Hipo glucídica	Geral e cozidos/grelhados; prato de carne e peixe	Geral e cozidos/gr elhados	Geral; cozidos/grelhados; hipossalina;	Geral, Hipossalina, Hipo lipídica e Hipo glucídica	Geral	Geral	Geral e hipossalina	Geral e hipossalina
Consistência	Normal, pastosa e líquida	Normal, pastosa e líquida	Normal, pastosa e líquida	Normal, pastosa e líquida e carne passada	Normal (pastosa ou líquida só na enfermaria)	Normal, mole e líquida	Normal, mole, pastosa e líquida	Normal, mole, pastosa e líquida	Normal, mole e líquida	Normal, pastosa e líquida	Normal, mole e líquida	Normal, mole e líquida
Composição do PA e lanche	Leite, cevada, chá, pão com manteiga, doce, queijo,	Leite, cevada, chá, pão	Leite, cevada, chá, pão, bolachas, compota e manteiga,	Leite, cevada, chá, pão, de 2 tipos, com manteiga ou queijo ou	Leite, cevada, chá, pão com manteiga	Leite, cevada, chá, pão	Leite, cevada, chá, pão com manteiga ou compota, bolachas, iogurte e 1X	Leite, cevada, chá, pão com manteiga ou doce, iogurte,	Leite, cevada, chá, pão	Leite, cevada, chá, pão e sopa	Leite, cevada, chá, pão, Nestum ou cerelac	Leite, cevada, chá, pão, Bolos variados ao lanche 1x

## Caracterização dos Lares

	fiambre ou marmelada		para alguns	fiambre ou marmelada (varia) e Quivi ou fibra para os obstipados			semana pão com queijo ou fiambre ou croissant ou arrufada	bolachas, fruta, de acordo com o prescrito				semana
Composição do almoço e jantar	Sopa, canja prato de carne ou peixe, fruta ou doce 1x semana e festas, salada às vezes, pão, água, vinho só ao almoço e chá	Sopa  Prato de carne ou peixe, só ao almoço, fruta ou doce 1x semana ou nas festas;  Pão  Água e vinho só ao almoço	Sopa prato de carne ou peixe, salada ou legumes cozidos, pão, fruta, doce ao domingo, café, água, vinho e refrigerantes em dias de festa.	Sopa de legumes ou canja prato de carne ou peixe só ao almoço, pão, fruta, doce ao almoço de domingo e ao jantar nas festas; salgados ao jantar (rissóis, sandes, piza), água, vinho e chá	Sopa ou canja, prato de carne ou peixe, legumes cozidos ou salada, fruta ou doce, pão, água e vinho	Sopa,  Prato de carne ou peixe, fruta ou doce 1x semana, pão, água e vinho	Sopa de legumes e sopa de carne ou peixe, prato de carne ou peixe, legumes cozidos ou salada, pão, fruta ou doce 1x semana, café, água e vinho	Sopa de legumes e de carne ou peixe, parto de carne/peixe, salada ou legumes cozidos, pão, fruta ou doce 1x semana água e vinho	Sopa  Prato de carne ou peixe, só ao almoço, fruta ou doce 1x semana e festas, pão, água, vinho, refrigerantes, café	Sopa  Prato de carne ou peixe, legumes cozidos ou salada, fruta ou doce nas festas, pão, água e vinho	Sopa de legumes e sopa de carne ou peixe, prato de carne ou peixe, salada ou legumes cozidos às vezes, pão, fruta e doce 1x semana, água e vinho	Sopa de legumes e sopa de carne/peixe, prato de carne ou peixe, salada ou legumes cozidos, às vezes pão, fruta ou doce, água, vinho e refrigerantes em dias de festa.
Ceia	Leite, cevada ou chá e bolachas	Leite, cevada ou chá e bolachas	Leite, cevada ou chá bolachas e iogurte	Leite, cevada ou chá			Leite, cevada ou chá bolachas e iogurte	Leite, cevada ou chá bolachas, pão e iogurte	Leite, cevada ou chá e bolachas		Leite, cevada ou chá e bolachas	Leite, cevada ou chá e bolachas
Notas			Meio da manhã para PI cuja família traga			Ceia às 22h só para diabéticos		Meio da manhã só para PI com indicação da nutricionista		É proibido trazer comida. Não há alimentos no quarto		

## Caracterização dos Lares

Higiene, vestuário e eliminação												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Banho geral	1x semana	1x semana	1x semana	Semi-dependentes 1x semana; dependentes, diário	Semi - dependentes 1x semana; dependentes, diário	Diário	1x semana	3x semana	1x semana	1x semana	Diário	1x semana
Responsável pela higiene e apoio aos dependentes	Auxiliares	Auxiliares	Auxiliares	Auxiliares	Auxiliares	Ajudantes de lar supervisiona do pelas responsáveis de setor	Auxiliares	Ajudantes de lar, segundo plano individual assinado pela diretora técnica	Auxiliares	Auxiliares	Ajudantes de lar	Auxiliares e ajudantes de lar
Tratamento da roupa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controlo das dejeções	Não	Não	Sim *	Sim, nas PI com diagnóstico de obstipação	Não e na enfermaria sem informação	Sim*	Sim*	Sim	Não	Sim*	Sim, quando se apercebem que a PI não tem evacuado	Não
Promoção do autocontrolo continência urinária/intestinal	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim, colocam a PI na sanita antes do banho e antes de deitar	Sim, no horário da mudança das fraldas, são colocados na sanita

\* Registam quando trocam a fralda mas, não foi possível perceber se as fraldas foram trocadas por terem urina ou fezes.

## Caracterização dos Lares

Exercício e lazer												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Oferta de exercício	Ginástica 2x semana	Ginástica 1x semana	Ginástica 1x semana, com prof. e diariamente e com psicóloga na sala de convívio	Ginástica 2x semana e esporadicamente outras aulas como ioga	Ginásio para uso livre pelos residentes, aulas com prof. No momento da colheita de dados, não	Ginástica 2x semana, no salão para os independentes e em cada setor para os mais dependentes	Ginástica 2x semana	Ginástica e Bóccia 2x semana	Ginástica 2x semana	Ginástica diariamente e com animadora da sala	Ginástica 2x semana	Ginástica 2x semana
Oferta de atividades de lazer, além da televisão	Jogos de mesa/tabuleiro; trabalhos manuais; passeios.	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios; alfabetização; grupos de estimulação cognitiva; bailes, idas à praia e ao cinema, feira de artesanato anual, para venda dos trabalhos feitos no lar.	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; Snooker; Biblioteca; sala de computadores/ internet; danças de salão; canto coral; grupo de teatro; feira de artesanato anual, para venda dos trabalhos feitos no lar.	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios; biblioteca, dinamizada por um residente; grupo de música /canto.	Jogos de mesa /tabuleiro; trabalhos manuais; passeios; grupo de música /canto.	Jogos de mesa/tabuleiro; trabalhos manuais; passeios	Jogos de mesa/tabuleiro; trabalhos manuais; passeios; grupo de teatro	Passeios; Trabalhos manuais; participação na semana da saúde e outras atividades do concelho	Jogos de mesa/tabuleiro; trabalhos manuais; passeios; grupo de música/canto

## Caracterização dos Lares

Vigilância de saúde												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Avaliação de enfermagem inicial e periódica	Avaliação inicial sim, periódica não.	Avaliação inicial sim, periódica não.	Avaliação inicial sim, periódica não. Atualização pontual dos residentes mais antigos	Avaliação inicial e periódica, 2x ano	Sem informação	Avaliação inicial e periódica sem regularidade definida, atualização pontual dos residentes mais antigos	Avaliação inicial sim, periódica não.	Avaliação inicial e periódica 1x ano	Avaliação inicial e periódica em curso durante o período de colheita de dados, antes não existia	Avaliação inicial e periódica 2x ano.	Avaliação inicial sim, periódica não.	Avaliação inicial e mensalmente índice de barthel, peso e Tensão arterial
Consultas médicas	No lar ou fora, sem periodicidade	No lar ou fora sem periodicidade	No lar, em SOS, sem periodicidade definida	No lar, 1x ano e em SOS.	No C. Saúde e no lar por marcação.	No lar em SOS	No C. Saúde e psiquiatria no Lar em SOS	No Lar em SOS	No lar em SOS	No lar 1x ano e em SOS. No CS para alguns residentes	No lar em SOS. As PI da área de residência mantêm o médico de família	No C. saúde de 3/3 ou 6/6 meses conforme as doenças e no lar em SOS
Preparação da medicação	Enfermeiro	Enfermeira e encarregadas das auxiliares	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Residente não idosa	Enfermeiro	Ajudante de lar	Enfermeiro
Sistema utilizado	Caixas individuais para 1 semana	Cartões e copos, preparação diária	Caixas individuais para 1 semana	Carro de medicação com gavetas individuais, para 4 dias	Preparação diária com copos e cartões	Caixas individuais para 1 semana	Caixas individuais para 1 semana	Sistema de cartões e copos para 24 horas (os medicamentos)	Caixas individuais para 1 semana	Caixas individuais para 24 horas	Caixas individuais para 1 semana	Caixas individuais para 1 semana



## Caracterização dos Lares

								os vão no blister próprio)				
Administração	Enfermeiro	Auxiliares	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros e auxiliares	Auxiliares (enf. só injetáveis)	Enf. e Auxiliares	Auxiliares	Enfermeiros e auxiliares
Armazenamento dos medicamentos	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Armazenada por ordem alfabética nas embalagens próprias	Armazenada por ordem alfabética nas embalagens próprias	Sem informação	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI	Na embalagem própria identificado com o nome da PI

## Caracterização dos Lares

Recursos humanos												
	D 1			D 2	D 3				D 4		D 5	
	L 12	L 13	L 14	L 21	L 31	L 33	L 36	L 37	L 41	L 42	L 51	L 52
Enfermeiros	1 Enfermeiro, das 8 às 21h, de 2ª a domingo, mais um enfermeiro das 8 às 13h nas manhãs em que há médico	1 Enfermeiro das 8 às 15h 5 dias por semana  (folga às 4ªs e domingos)	2 Enfermeiros das 8 às 16h, 2 ou 3x semana e um enfermeiro das 16h às 24h e restantes dias.	1 Enfermeiro 10h/dia e 2 x semana 2 enfermeiros, de manhã ou tarde para preparar a medicação	Enfermeiro 24h/dia, na enfermaria. Sem informação quanto ao nº de enfermeiros em cada turno.	1 Enfermeiros de 2ª a domingo, das 8h às 19h, sempre que possível 2 enfermeiros no turno de M ou T	1 Enfermeiro das 8 às 20,30H, de 2ª a sábado e das 8h às 16h aos domingos e feriados.	1 Enfermeiro das 8 às 13h e das 15 às 21h, de 2ª a domingo	De 2ª a 6ª 2 enf. das 8h às 12h e 1 enf das 12h às 17h e FS, das 9 às 13h.	2 Enfermeiros às 2ªs e 3ªs de manhã, restantes dias/ turnos 1 enf. das 8h às 18h.	1 enf. de 2ª a domingo, 4h/dia (M ou T)	1 enf. 8h/dia, de 2ª a domingo
Médico	9 às 13h 1x semana	1 X semana, M ou T, 4h	4h/dia, 4x semana	1 Clínico geral e um psiquiatra, sempre contactáveis, via telefone e presencialmente conforme necessário	1 Médico de manhã e um de tarde (4h, cada), de 2ª a sexta, por marcação	1 Médico 2h às 2ªs, 4ªs e 6ªs e 4h ao sábado.	Só psiquiatra, 2x semana (2 a 3h). Para consultas de clínica geral vão ao C. Saúde	De 2ª a sexta, 4h/dia, M ou T	2h à 4ª f e 4h à sexta	1 x semana 4h, M ou T	1x semana 4h (M ou T)	3 x semana 7H
Nutricionista	Não	Sim, define as ementas e SOS dá apoio a outras valências da instituição	Sim, define as ementas e em SOS, dá apoio ao hospital e Lar	Não	Sem informação (os residentes dizem que não tem)	Sim, 1x semana com avaliação nutricional inicial, prescrição da dieta e acompanhamento em SOS	Sim, algumas horas por dia	Sim, avaliação inicial e prescrição da dieta sempre, depois em SOS, dá apoio a outras valências da	Não	Não	Não, em SOS Chamam de outras Valências da Instituição	Sim 1x semana algumas horas, para definir as ementas da semana

## Caracterização dos Lares

								Instituição				
Outros técnicos	Psicólogo; já houve podologia	Psicólogo, A. Social, Animadoras sociais	Psicólogo e A. Social	Psicólogo e A. Social	3 A. Sociais; Tem consultas de dentista, psicologia, no lar, mas pago separadamente.	Técnico de cardiologia 2x /mês e A. Social	Psicólogo e A. Social	Psicólogo e A. Social SOS, porque dá apoio a várias valências da instituição	Fisioterapeuta, psicólogo, A. Social, animadora social.	Gerontóloga	Psicóloga 1x semana e A. Social em SOS	Fisioterapeuta, psicóloga e A. Social, dão apoio ao lar e unidade de longa duração
Auxiliares para apoio aos residentes	24h (duas de noite, turnos e locais fixos)	24h (duas de noite, turnos rotativos)	24h (duas de noite, turnos rotativos)	24h (duas de noite, turnos rotativos)	24h (sem informação)	24h (duas de noite)	24h (4 de noite)	24h (de noite, um por piso)	24h (2 de noite)	24h (de noite, 2 auxiliares e 2 irmãs)	24h (2 de noite)	24h (2 de noite)
Voluntários	Não	Não	Não	Sim (aulas de alfabetização)	Sim	Não	Sim (educadora social)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Auxiliares com formação específica para	Não	Sim, as mais recentes têm curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	Sim, as mais recentes têm curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	Sim, as mais recentes têm curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	Sem informação	Sim, as mais recentes têm curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	Sim, curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	As ajudantes de lar têm que ter 9º ano de escolaridade, a formação específica é feita no serviço	Não, algumas têm formação de 1ºs socorros. Havia estagiários do curso profissional de auxiliares de saúde	Sim, as mais recentes têm curso de ajudante de lar do centro de emprego (3 meses)	As ajudantes de lar, têm 3 meses de formação/ano	As ajudantes de lar têm o curso do centro de emprego (3 meses).
Plano anual de formação em serviço	Não	Não	Só as auxiliares	Não	Sem informação	Sim	Sim	Sim	Não	Não. Está em análise a proposta de	Sim	Não

## Caracterização dos Lares

										formação para auxiliares enviada por um enfermeir o		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--